

Заявление о подключении / отключении Кабинета Клиента РГС-Жизнь

Дата приема заявления «___» _____ 20__ г. ФИО сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись _____

Страховой полис/договор* №	<input type="text"/>															
	от «___» _____ 20__ г.															
Страхователь:																
Фамилия	<input type="text"/>															
Имя	<input type="text"/>					Отчество	<input type="text"/>									
										Тел. мобильный	8 -	<input type="text"/>				
E-mail	<input type="text"/>			@	<input type="text"/>			Телефон	8 -	<input type="text"/>						

Прошу подключить мне Кабинет Клиента**

Прошу отключить Кабинет Клиента

* Указывается номер одного из действующих договоров страхования жизни.
** Я предупрежден (-на) о том, что несу личную ответственность за сохранность своего логина и пароля для доступа в систему «Кабинет клиента».

Я, Страхователь, подтверждаю свое согласие ООО «СК «РГС-Жизнь» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу, в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении или полученных Страховщиком иным законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефону, факсу, мобильной связи, электронной почте, указанных в настоящем заявлении, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнеров. Данное согласие дается мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику письменного уведомления.

Страхователь _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____

Агент _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____