



Заявление

Дата приема заявления « ____ » _____ 20__ г. Ф.И.О. сотрудника _____ Подпись _____

Страховой полис/договор № от « ____ » _____ 20__ г.

Выплатное дело №

Заявитель:

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения - - г. Контактный телефон 8-

E-mail

Документ, удостоверяющий личность (наименование) Иной документ:

Паспорт Серия: Номер: Дата выдачи « ____ » _____ 20__ г.

Выдан _____
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Почтовый адрес по месту проживания _____
индекс почтовый адрес

Если прикладываются дополнительные документы, указать какие именно и количество листов:

Суть обращения:

<p>Заявитель дает свое согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» ОГРН 1047796614700, ИНН 7706548313 Адрес: 115035, г. Москва, Кадашёвская набережная, д. 30, сайт: https://kaplife.ru/ (далее – Страховщик) и лицам, действующим по его поручению: АО «Интернет - Проекты» ОГРН 1027806085724 Адрес: 197022, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г. муниципальный округ Аптекарский остров, пр-кт Медиков, д. 7 Литера Ж, помещ. 1-Н, Часть Ч.П. 51, Ч.П. 69-72, офис 301, ООО «РЕДСМС» ОГРН 1137746020389 Адрес: 119180, город Москва, улица Полянка Б., дом 7/10 строение 3, эт. 1 п. 2 к17(рмл), на обработку, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, включение в электронные базы данных, любым не противоречащим российскому законодательству способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех своих персональных данных, указанных в настоящем документе или полученных Страховщиком иным законным способом. Данное согласие дается на срок 5 лет и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику письменного уведомления.</p>	<p>_____</p> <p>подпись Заявителя</p>
<p>Заявитель дает свое согласие Страховщику на предоставление ему с помощью средств электронной связи (телефона, электронной почты, СМС сообщений, уведомлений и т.д.), информации, связанной с рассмотрением данного заявления и предоставлением ответа, а также на направление Заявителю опроса для оценки качества оказанных услуг.</p>	<p>_____</p> <p>подпись Заявителя</p>

Заявитель _____ / _____
подпись Ф. И. О.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Представитель _____ / _____
страховщика подпись Ф. И. О.

Дата « ____ » _____ 20__ г.



КАПИТАЛ LIFE
СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Суть обращения (продолжение):

Large empty rectangular box for the main text of the appeal.

Заявитель _____ / _____
подпись Ф. И. О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Представитель _____ / _____
страховщика подпись Ф. И. О.

Дата «___» _____ 20__ г.