



## 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:**

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.

\_\_\_\_\_   
подпись Заявителя

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.

\_\_\_\_\_   
подпись Заявителя

Заявитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф. И. О.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
страховщика подпись Ф. И. О.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Суть обращения (продолжение):

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

Заявитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф. И. О.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
страховщика подпись Ф. И. О.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.