



Актуализация контактной информации Страхователя

Дата приёма заявления « ____ » _____ 20 ____ г. Ф.И.О. сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись _____

Страховой полис/Договор* №

Страхователь: от « ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия*

Имя* **Отчество***

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Изменить адрес Страхователя для корреспонденции

Индекс

Область / Край / Республика / Автономный округ

Район

Город / Населённый пункт

Улица

Дом Корпус / Строение Квартира

Изменить контактные данные Страхователя

Тел. мобильный* 8 -

E-mail* @ Телефон* 8 -

Я, Страхователь, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (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, полученных Страховщиком 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 – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров. Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.

Страхователь* _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

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

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.