

Форма заявления утверждена Приказом Страховщика № \_\_\_

В ООО «Зетта Страхование»

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. страхователя)

паспорт: серия\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

эл. адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление о замене застрахованного по Договору страхования**

Между ООО «Зетта Страхование» и \_мною\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать ФИО страхователя) заключен договор страхования N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. (далее – Договор страхования), по которому я являюсь застрахованным лицом.

Настоящим заявлением прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

прошу заменить меня как застрахованное лицо по Договору страхования на другое застрахованное лицо

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО застрахованного (без сокращений))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата рождения застрахованного)

Никакие требования о выплате страхового возмещения /страховой суммы по Договору страхования я не предъявлял в ООО «Зетта Страхование», страховые случаи по Договору страхования не наступали.

Подтверждаю достоверность и полноту предоставленной мною информации и разрешаю ООО "Зетта Страхование" использовать ее для исполнения настоящего Заявления и Договора страхования.

Я понимаю, что подписание мною настоящего Заявления не означает автоматического изменения условий Договора, и что изменения вступят в силу только при условии выпуска Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения к Договору страхования с даты и в порядке, установленном в указанном дополнительном соглашении.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» я даю свое согласие ООО «Зетта Страхование» на обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, распространение, предоставление, доступ, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, с использованием средств автоматизации, и/или без использования таких средств, включая смешанный способ, в целях исполнения Договора страхования, а также в целях реализации моих прав по нему. А также даю свое согласие на обработку и использование любых контактных данных, предоставленных мною в настоящем Заявлении и при заключении и/или исполнении Договора страхования, с целью оповещения / информирования об услугах и страховых продуктах Страховщика, а также для поздравления с официальными праздниками. Я проинформирован, что данное согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мною письменного уведомления.

Подтверждаю, что персональные данные нового застрахованного указанные мною в настоящем Заявлении являются общедоступными.

Страхователь во исполнение требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» обязуется предоставить Страховщику по его запросу документы и сведения для проведения идентификации Страхователя, его представителя, а также в случае необходимости обновления данных сведений.

Страхователь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, подпись)

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

Приложение:

1. Копия паспорта;

2. Копия Договора страхования (полиса)

Настоящим подтверждаю, что на момент подачи заявления новое застрахованное лицо проинформировано и дало согласие на передачу его общедоступных персональных данных Страховщику с целью заключения и исполнения договора страхования.