

6. Способ зачисления страховой выплаты	
<input type="checkbox"/> По банковским реквизитам	ФИО получателя: Название банка: IBAN: UA.....
<input type="checkbox"/> Зачислить как очередной платеж по Договору страхования	№ <input type="text"/> от <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> г.
7. Декларация	
<p>Я, (ФИО) даю разрешение любому медицинскому сотруднику и/или медицинскому учреждению, которые имеют информацию о моей истории болезни, физическом или психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставить её, в случае необходимости, ОДО «СК «ГЛИ» или представителям этой компании (только если Заявитель является Застрахованным лицом).</p> <p>Даю своё согласие Страховщику на обработку моих персональных данных, которые были предоставлены мной или стали известны ему при заключении и на протяжении действия Договора страхования, в т. ч. информации о состоянии моего здоровья, которая включает любое действие или совокупность действий, совершенных полностью или частично в информационной системе и/или в карточках персональных данных, которые связаны со сбором, регистрацией, накоплением, хранением, адаптированием, изменением, обновлением, использованием и передачей, в т. ч. страховому посреднику, обезличиванием, уничтожением ведомостей о мне с целью обеспечения реализации отношений со страхованием, а также административно-правовых, налоговых и отношений в сфере бухгалтерского учёта. Это согласие дается мной на срок реализации указанных отношений и может быть отозвано путём направления мной письменного уведомления Страховщику за один месяц до момента отзыва согласия.</p> <p>Я даю разрешение ОДО «СК «ГЛИ» использовать данную информацию только для решения вопросов, которые связаны со страхованием, для принятия решения о страховой выплате, её размере и для совершения страховой выплаты.</p> <p>Я письменно уведомлен о включении информации обо мне в базу персональных данных ОДО «СК «ГЛИ», о своих правах указанных в Законе Украины «О защите персональных данных», цель сбора моих персональных данных и лиц, которым они передаются.</p>	
Дата подписания заявления <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г. / Подпись Заявителя / Инициалы и фамилия Заявителя