# В Государственное учреждение – Калужское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

От Терентьева Эмиля Маратовича,

проживающего по адресу: 248033, г. Калуга,

ул. Сиреневый бульвар, дом 8, кв. 75

Контактный телефон: 72-97-81

Дата рождения «29» января 1962 г.

Паспортные данные: серия 2906 № 166271

Кем выдан: ОВД Ленинского округа г. Калуги

Дата выдачи «05» марта 2007 г.

СНИЛС (№ страхового государственного пенсионного свидетельства):

096-191-972 10

## ЗАЯВЛЕНИЕ

## о способе получения страховых выплат.

Выплаты обеспечения по страхованию в виде ежемесячных страховых выплат и компенсацию расходов на приобретение лекарственных препаратов прошу направлять:

- почтовым переводом по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

- либо на лицевой счет № 40817810322245801377

наименование, № банка: в 8608/0126 отделении Сбербанка России.

- либо иным способом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется один из видов перечисления: по почте, через банк или иным способом)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 27 декабря 2017 г.

(подпись) (дата)

Я даю свое согласие на обработку Государственным учреждением — Калужским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации, включая полученные от меня и/или от третьих лиц, с учетом требований Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своем интересе.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении любых персональных данных с целью назначения и выплаты мне обеспечения по социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет средств обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Защита прав и свобод при обработке моих персональных данных, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение осуществляется с учетом действующего законодательства.

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 27 декабря 2017 г.

(подпись) (дата)