

Заявление принял:

В ООО «ДорПрофЗащита»

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.  
(заполняется лицом, принявшим у работника  
заявление)

От \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. работника

\_\_\_\_\_  
Дата рождения

\_\_\_\_\_  
Мобильный телефон

\_\_\_\_\_  
указать дорогу

\_\_\_\_\_  
указать подразделение

### Заявление

В связи с заключением мною Договора страхования (недвижимого имущества / страхования от профнепригодности – *нужное подчеркнуть*), прошу *ежемесячно списывать с моей банковской карты* \_\_\_\_\_:  
(указать наименование банка)

Номер банковской карты:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Срок действия банковской карты: \_\_\_\_\_/месяц/\_\_\_\_\_/год/

и перечислять на расчетный счет ООО «ДорПрофЗащита» сумму страховых взносов в размере \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)  
(написать сумму прописью)

\_\_\_\_\_ ) рублей \_\_\_ копеек начиная с даты получения заявления ООО «Дорпрофзащита» до момента добровольного отказа с моей стороны.

### Согласия Страхователя:

Я даю согласие ООО «ДорПрофЗащита», адрес местонахождения: город Москва, ул. Краснопрудная д.12/1, стр.1, 107140 (далее – Общество) на:

- обработку своих персональных данных и информации, в том числе на сбор, систематизацию, блокирование, уничтожение персональных данных и иные действия, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях определения условий и заключения договора страхования, проведения маркетинговых исследований;
- самостоятельно урегулировать с Обществом вопрос оплаты страхового взноса, в случае если в текущем месяце моей заработной платы недостаточно для перечисления взноса в полном объеме;
- в случае расторжения, изменения условия договора страхования обязуюсь письменно уведомить об этом в целях прекращения перечисления или изменения суммы перечисления не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты наступления таких изменений.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
Дата