

Заявление Застрахованного лица

Я, _____, гражданство: _____,
 Серия и номер паспорта (заменяющий документ с указанием документа) _____
 Выдан (кем): _____ Дата выдачи: _____
 Код подразделения: _____ ИНН (если имеется): _____
 Данные миграционной карты (серия, №, дата начала и окончания): _____
 Данные документа, подтверждающего право на пребывание в РФ: _____
 Адрес регистрации по паспорту: _____
 Адрес проживания: _____

являюсь Застрахованным по Договору страхования жизни и страхования от несчастных случаев и болезней НММН-170009472 от "08" февраля 2018 г. (далее – «Договор»):

1. Подтверждаю, что ознакомлен с Правилами страхования жизни и страхования от несчастных случаев и согласен с заключением в отношении меня Договора.

2. Прошу назначить Выгодоприобретателями по рискам смерти

	Ф.И.О. Выгодоприобретателя	Дата рождения	Паспортные данные	Доля выплаты (в % от страховой выплаты, суммарная доля – не более 100%)*
1				
2				

По остальным рискам – меня.

3. Подтверждаю, что я не моложе __ лет и не старше __ полных лет, не являюсь лицом, требующим ухода и страдающим диагностированными болезнями или состояниями, повлекшими или являющимися основаниями установления инвалидности I, II или III группы, лицом, больным онкологическими заболеваниями, СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В, посттрансфузионным гепатитом С заболеваниями, вызванными воздействием радиации, не подвержен психическим расстройствам, не состою на учете в психоневрологическом и/или наркологическом диспансере, не являюсь подозреваемыми или обвиняемыми, осужденными по уголовному делу.

4. Настоящим даю свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами, медицинскими учреждениями, бюро медико-социальной экспертизы и Фондом ОМС, иными учреждениями (организациями), имеющими сведения о физическом и психическом состоянии здоровья, об истории заболевания, об обстоятельствах и причинах (в том числе возможных причинах) наступления страхового случая, наличии иных договоров личного страхования и разрешаю Страховщику использовать эту информацию. Разрешаю любому врачу любого медицинского учреждения, а также иным лицам, имеющим информацию о моем состоянии здоровья, о результатах объективных исследований и исследований биологических материалов, а также об истории болезни (болезней), диагнозе, лечении и прогнозе предоставлять эту информацию по запросу Страховщика.

5. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю Страховщику согласие на обработку моих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, социального и имущественного положения, образования, профессии, дохода, состоянии здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных Страховщика, для осуществления информационного сопровождения исполнения Договора и информационных рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по страхованию. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика в ООО «Мондиаль Ассистанс», ООО «Савитар Групп», в Allianz SE, Gen Re, Swiss Re, иных провайдерах в целях перестрахования рисков или оказания услуг, предусмотренных Договором, или хранения базы данных Страховщика в соответствии с требованиями законодательства РФ, использование персональных данных в целях включения в клиентскую базу данных группы компаний Allianz SE, участия в маркетинговых и рекламных акциях. Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения Договора, включая период хранения данных по договорам страхования (хранение на период 25 лет с момента окончания срока действия договора страхования, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ). Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления Застрахованным письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу Страховщика.

6. Подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом (его супругом, родственником (родителем, ребенком, дедушкой, бабушкой, внуком, полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным), должностным лицом публичных международных организаций, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности в РФ, должности члена Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией, и прочие должности, определяемые Президентом РФ.*

*При несогласии Застрахованного с указанным утверждением дополнительно предоставляется письменная уточняющая информация.

Сведения, предоставленные Застрахованным в настоящем Заявлении, приложениях к нему, предоставленных документах признаются, имеющими существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

Подпись: _____	Дата: «__» _____ 20__ г.
_____ (Ф.И.О. полностью)	