

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ
по программе «Вита СуперДок весь мир»
с ООО СК "Согласие-Вита" (далее - Страховщик)

1. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

ФИО:	Дата рождения:	Телефон:
Пол:	e-mail:	
Место рождения:	Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	
Наименование	Серия и номер:	Когда выдан:
Кем выдан:	Код подразделения:	
Адрес регистрации по месту жительства или по месту пребывания:		
Адрес для направления корреспонденции:		

2. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Настоящим сообщаю, что на момент подписания настоящего Заявления и/или в течение последних 10 лет я не прохожу/не проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или профилактическое лечение, и мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, и не нахожусь/не находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний*:

2.1. рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;

2.2. неинвазивные опухоли (рак in situ), или любые предраковые (предопухольевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;

2.3. лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);

2.4. любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга;

2.5. любая форма заболевания сердца (включая, но не ограничиваясь, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенные инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм). Наличие высокого кровяного давления и/или высокого уровня холестерина не является препятствием для принятия на страхование;

2.6. любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг;

2.7. любая формой диабета.

Вся информация в настоящей Декларации дана в соответствии с имеющимися у меня данными; информация, сообщенная мною, является верной и полной, в соответствии с имеющейся у меня информацией. Я информирован и согласен с тем, что в случае предоставления мной в Декларации неверной информации или сокрытия данных о состоянии здоровья Застрахованного лица, ООО СК «Согласие-Вита» вправе требовать признания договора страхования недействительным. Я подтверждаю, что действую от своего имени.

Застрахованное лицо:

3. СОГЛАСИЯ

3.1. Подписывая настоящее заявление, Застрахованное лицо дает согласие Страховщику, адрес: 129090, г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42, на обработку (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также нижеперечисленных, в целях: реализации процесса взаимодействия с субъектом персональных данных, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи; по вопросам оказания и/или продвижения страховых услуг Страховщика; контроля и оценки качества обслуживания; заключения договора страхования (включая оценку страхового риска), изменения, исполнения и его прекращения:

дата и место рождения (с указанием страны); возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство; сведения о профессиональной занятости (в том числе сведения о статусе ИП, владении бизнесом); адрес места

жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; контактная информация; сведения о состоянии здоровья, диспансерном учете (наблюдении) и образе жизни (в том числе о наличии опасных увлечений, занятии спортом, о заболеваниях и обращениях за медицинской помощью); сведения о планах выехать за пределы Российской Федерации; сведения о планах посетить места вооруженных конфликтов; сведения о наличии инвалидности и оснований ее установления, наличии направления на МСЭ; сведения о нахождении под следствием, привлечении к уголовной ответственности; сведения о наличии несчастных случаев; сведения о наличии договоров личного страхования и их условиях, а также страховых случаях по таким договорам; сведения о финансовом положении и наличии иждивенцев, банковские реквизиты; персональные данные, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации.

Застрахованное лицо дает согласие на поручение обработки, передачу персональных данных третьим лицам: ООО «Вирту Системс» (141006 Московская область, город Мытищи, Волковское шоссе, владение 5А, строение 1, офисы 601, 602, 603, 608), ООО «БиАйВи» (127576, Москва, ул. Новгородская, д.1, корп. Г, подъезд 1, оф. 208); ФГУП «Почта России» (131000, Москва, Варшавское шоссе, д. 37); ООО "СК "Согласие" (129110, г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42), ООО «Комус-Р2» (Тульская область, г. Тула, ул. Войкова, 2/5), Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (Израиль, 67060 Тель-Авив, ул. Хашлоша д.2), ООО "Национальная медслужба" (115184, г. Москва, Озерковская набережная, дом 30), АО «Российская Национальная Перестраховочная Компания» (125047, г. Москва, улица Гашека, дом 6), ПАО РОСБАНК (107078, Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34), ООО «Доктор рядом» (107076, Москва, ул. Краснобогатырская, д. 44, стр. 1), ИП Заруба Елена Валерьевна 630119, г.Новосибирск, ул.Зорге, д.145-64., а также

иным третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Страховщика и / или получающим персональные данные на основании заключенных с этими лицами договоров / соглашений (перестрахования, сострахования, агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг (в т.ч. медицинских и иных услуг), обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги, для достижения следующих целей:

- контроля и оценки качества обслуживания;
- оказания услуг технической поддержки корпоративных систем Страховщика.
- принятия Страховщиком решения о заключении (в том числе оценки страховых рисков), заключения, изменения, прекращения договора страхования, по которому субъект персональных данных будет являться Застрахованным лицом;
- исполнения договора страхования, в том числе, принятия решения по страховому событию.

Застрахованное лицо дает согласие на осуществление трансграничной передачи персональных данных на территорию государств, обеспечивающих и не обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных, в целях перестрахования рисков в рамках исполнения, прекращения договора страхования.

Обработка персональных данных будет осуществляться Страховщиком и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Застрахованное лицо уведомлен(а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Застрахованное лицо уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия Страховщик вправе продолжить обработку его персональных данных без его согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

3.2. Застрахованное лицо дает свое согласие на предоставление ООО СК «Согласие Вита» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа), у которых он проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте своего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии своего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также дает согласие на предоставление ООО СК «Согласие-Вита» данных по факту своей смерти из Пенсионного фонда Российской Федерации (включая его отделения), иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией. Застрахованное лицо согласено, что получение ООО СК «Согласие-Вита» сведений о нем, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае смерти Застрахованного лица.

3.3. Застрахованное лицо заявляет, что вся указанная в данном Заявлении информация является полной и достоверной, и согласен, что данное Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования. При изменении любых сведений, указанных в настоящем Заявлении, Застрахованное в случае заключения Договора страхования обязуется сообщать Страховщику о таких изменениях в письменной форме в установленные договором страхования сроки. Застрахованное лицо согласено на использование Страховщиком факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя и печати Страховщика (в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации) для целей заключения Договора страхования (подписания Страхового полиса и приложений к нему), а также в иных случаях на условиях, установленных Комбинированных правилах страхования «Вита СуперДок» в редакции, утвержденных Приказом Генерального директора ООО СК «Согласие-Вита» от 28.02.2020 г. №СВ-1-07-09.

Застрахованное лицо:

Страховщик:
Заместитель Генерального директора
Омелюта Алексей Борисович

