

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ №

1. Я, **фамилия имя отчество**, паспорт № **серия паспорта номер паспорта** выдан: **кем выдан дата выдачи паспорта**, зарегистрированный по адресу: _____, именуемый – Клиент, настоящим выражаю желание быть застрахованным по Коллективному договору добровольного личного страхования от несчастных случаев № SYS2215851355 от «31» июля 2022г., заключенному между ООО «Перспектива», место нахождения: 603089, гор. Нижний Новгород, ул. Республиканская, д.22, корп.3, оф.100, и САО «РЕСО-Гарантия», Лицензия С №1209 77, место нахождения: 117105, город Москва, Нагорный проезд, дом 6, строение 9, этаж 3, комната 1, именуемый – Страховщик, согласно Правилам страхования от несчастных случаев и болезней №2 от 01.09.2022 г., с обязательным соблюдением следующих условий:

- Страховая сумма: страховая сумма в отношении Застрахованного устанавливается в Списках Застрахованных,
- На момент оформления Заявления на страхование страховая сумма составляет - _____ рублей.
- Страховыми рисками являются:

Смерть в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования;
Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного с установлением инвалидности I, группы, наступившая в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования.

Исключения из страхового покрытия указаны в Правилах страхования.

2. Выгодоприобретателем по Программе страхования прошу назначить Застрахованного/ наследников Застрахованного по закону.

3. Настоящим сообщая, что на момент подписания настоящего Заявления:

- не являюсь/не являлся инвалидом и МСЭ не рассматривает документы на установление мне группы инвалидности;
- не был нетрудоспособным в течение более 30 дней подряд за последние 5 лет;
- не страдаю слабоумием, эпилепсией, другими стойкими нервными, психиатрическими или психологическими расстройствами;
- не являюсь лицом, профессионально или на регулярной любительской основе занимающимся опасными видами спорта (авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, воздушные виды спорта, контактные единоборства, сложные горные подъемы, включая многоэтапные маршруты или класс восхождения 6+ (UIAA), 5.10a (USA), Extreme (UK) и выше., альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание на глубине более 30 м);
- не употребляю наркотические и/или токсические вещества с целью лечения или по иной причине;
- не состою на учете в псих- и/или наркологическом диспансере;
- не являюсь носителем ВИЧ-инфекции и не болен СПИДом;
- не страдаю алкоголизмом и/или наркоманией;
- не являюсь лицом, чья работа связана с особым риском (в том числе, состоящим на службе в действующей армии, принимающим участие в военных действиях, подавлении беспорядков, спуск в шахты, работа на высоте и т.п.);
- на дату начала срока страхования мой возраст находится в диапазоне 18 – 80 лет.

Мне известно, что Страховщик имеет право отказать в выплате страховой суммы (страховой выплате) в случае недостоверности информации, содержащейся в данном заявлении.

4. Я обязуюсь уплатить ООО «Перспектива» Плату за подключение к Программе страхования, включающую комиссию за подключение меня к Программе страхования и компенсацию расходов ООО «Перспектива» на оплату страховых премий Страховщику.

5. Я уведомлен(а), что страхование действует 24 часа в сутки, и что территорией страхования является весь мир, за исключением территорий вооруженных конфликтов, войн, чрезвычайных положений.

6. Я уполномочиваю любое медицинское учреждение и/или врача, любое другое учреждение, предприятие, владеющих записями о моем здоровье, передавать Страховщику по его запросу всю необходимую информацию, включая первичную медицинскую историю, если этот запрос связан с рассмотрением заявления о наступлении страхового случая в соответствии с Программой страхования. Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации Страховщику. Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянию здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну.

7. В целях реализации прав ООО «Перспектива» как Выгодоприобретателя (в случае его назначения таковым Застрахованным) по Программе страхования, а также в целях исполнения Программы страхования, разрешаю ООО «Перспектива», а также Страховщику получать информацию обо мне в любых учреждениях, которые такой информацией располагают, включая получение информации в медицинских учреждениях (в том числе в виде письменных справок, заключений и т.п. включая первичную медицинскую историю). Даю согласие ООО «Перспектива» и Страховщику, в том числе работникам и представителям ООО «Перспектива» и Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее – ПД) в целях заключения Программы страхования, осуществления страхования (исполнения Программы страхования), в т.ч. в целях урегулирования убытков по Программе страхования, администрирования Программы страхования, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. ООО «Перспектива» и Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Программы страхования, а также в течение 5 лет после прекращения его действия.

8. Мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

9. Предоставляю ООО «Перспектива» и Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в целях оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика, в том числе путем , в том числе посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных и осуществления прямых контактов со мной. Настоящим я подтверждаю, что уведомлен о своем праве требовать прекращения обработки моих ПД в указанных в настоящем пункте целях в любое время.

10. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Программе страхования передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения, в ООО «Перспектива», Перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне.

11. ООО «Перспектива» имеет право во исполнение своих обязательств по Программе страхования передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения, в ООО «Перспектива», с которым у ООО «Перспектива» заключено соглашение об обслуживании Клиентов, Страховщику и получать от этих учреждений и компаний данные обо мне.

12. Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего Заявления и действует в течение срока обработки, указанного в п.7 настоящего Заявления. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления ООО «Перспектива» и Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в их адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что ООО «Перспектива» и Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о прекращении моего участия в Программе страхования. В указанном случае Плата за Подключение к Программе не возвращается.

13. Я проинформирован о том, что страхование является исключительно добровольным, и я имею право не давать свое согласие быть Застрахованным.

14. Я подтверждаю, получение мной следующих документов:

1. Страховой сертификат
2. Памятка Застрахованного лица

С условиями страхования согласен / не согласен (нужное подчеркнуть).

Дата: _____

(Подпись и ФИО Страхователя)

Заявление принял:

Представитель СТРАХОВЩИКА

(Подпись лица, оформившего Заявление)