

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОБРОВОЛЬНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ УСЛУГИ СТРАХОВАНИЯ

Страхование является добровольным и при заключении договора страхования может быть оплачено любым удобным для Вас способом, как в безналичной, так и в наличной форме за счет собственных средств или за счет кредитных (заемных) средств, предоставленных финансовой организацией.

Настоящим Я, Павлов Виталий Владимирович,
изъявляю желание заключить договор добровольного медицинского страхования по Программе 1.04
(отметить знаком ☒):

☒ Да
в ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»
(указать наименование страховой организации)

☐ Нет
Страховыми рисками по которому будут являться:
1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания медицинских и/или медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении в соответствии с условиями Программы страхования (Приложение № 1 к договору страхования), Медицинской программы №4 (Приложение № 12 к Правилам страхования) (риск «ДМС»).

(Страховыми случаями не признаются события, наступившие в результате случаев, перечисленных как исключения из страхового покрытия в Правилах страхования, Договоре страхования (Полисе-оферте), Программе страхования, Медицинской программе №4 (Приложение №12 к Правилам страхования)).

Я заявляю о том, что на момент заполнения настоящего заявления я не являюсь инвалидом, не направлялся в бюро медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности, не являюсь ВИЧ-инфицированным, я не состоял/ не состою на учете в наркологическом диспансере, у моих кровных родственников первой степени родства (родители, дети, родные братья и/или сестры) не были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет, в течение 10 (десяти) лет до даты заполнения настоящего заявления у меня не были диагностированы состояния или симптомы, по которым я был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфома, лейкоз) или любой тип опухоли головного мозга, любые предраковые состояния (включая карциномы in situ, меланомы in situ, патологический ПАП-тест или CIN-тест), диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз, трансплантация органов, трансплантация костного мозга, инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); до даты заполнения настоящего заявления у меня не наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта, до даты заполнения настоящего заявления я не страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг, сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени).

Моя профессия не связана (не была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: не присутствует (не присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, ионизирующей радиацией.

Я подтверждаю, что мой возраст будет не менее 18 лет и не более 70 (включительно) на дату заключения договора страхования.
Я уведомлен, что заключение договора страхования не может являться обязательным условием для получения финансовых услуг, уведомлен, что вправе не заключать договор страхования или заключить договор страхования в любой другой страховой компании по своему усмотрению.

Я уведомлен о том, что имею право запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (страховому брокеру).
Я уведомлен с тем, что Договор страхования не будет являться заключенным в целях обеспечения исполнения мной обязательств по договору потребительского кредита (займа) в соответствии с законодательством РФ.

Я уведомлен, что страховая премия, уплаченная Страховщику, подлежит возврату при отказе от Договора в течение первых 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения Договора, если иное не предусмотрено Договором или законодательством РФ.

Я уведомлен, что страховая премия, уплаченная Страховщику, подлежит возврату за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования в случае ненадлежащего информирования Страхователя об условиях страхования.

Я подтверждаю, что действую от собственного имени и в своих интересах и не имею бенефициарных владельцев.
Я подтверждаю, что не являюсь публичным должностным лицом либо родственником публичного должностного лица.

Полис-оферту № U541BC2FSD2402251120, включая Программу страхования, Ключевой информационный документ (далее – КИД), «Правила добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней», Медицинскую программу №4 получил и прочитал до оплаты страховой премии. Подтверждаю, что условия договора страхования мне понятны, я согласен с заключением договора страхования на условиях, предложенных Страховщиком.

Я подтверждаю, что Страховщик выполнил условие о вручении мне Правил страхования и Медицинской программы, доступных по ссылке <https://dms.aslife.ru/#pravila>, по которой я могу скачать указанные Правила и Медицинскую программу. В случае необходимости я могу обратиться к Страховщику для получения указанных документов на бумажном носителе.

Я подтверждаю, что предоставил достоверные данные, а также проверил корректность указания этих данных в Полисе-оферте (Договоре страхования).
В случае отсутствия/некорректных данных Страхователя, Стороны признают этот факт как мой отказ предоставлять указанную информацию.
Я подтверждаю, что отдельные условия договора страхования разъяснены в «КИДе».

Дата подачи Заявления: «» г.

ПОДПИСАНО ПРОСТОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ ЗАЕМЩИКА 1056, < 25.02.2024 11:22:32>
Павлов Виталий Владимирович

Личность Заемщика установлена в соответствии с Договором о комплексном банковском обслуживании физических лиц в АО «АЛЬФА-БАНК» «25» февраля 2024 г.