

Заявление-согласие на страхование 486889-СТР/2021

1. Настоящим Я, АБДУЛЛИН БУЛАТ ИЛГИЗОВИЧ (ФИО застрахованного лица полностью) (далее – Застрахованное лицо), прошу включить меня в Списки застрахованных лиц к Коллективному договору страхования от несчастных случаев, заключенным между ИП Худышкина Инна Владимировна (далее – Страхователь) и Обществом с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос», (далее – Страховщик) № 175-0000007-01948 от 03.11.2021 г. (далее – Договор). Договор заключен в соответствии с действующими Общими правилами №3 страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила). Правила размещены на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу <http://skgelios.ru/company/information/>.

2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:

Фамилия, имя, отчество АБДУЛЛИН БУЛАТ ИЛГИЗОВИЧ Дата и место рождения 16.07.1995 САБИНСКИЙ район ДЕР илебер ул8марта д9

Документ, удостоверяющий личность паспорт 9215 897747 выданный ТП УФМС РОССИИ ПО РЕСП. ТАТАРСТАН В САБИНСКОМ РАЙОНЕ дата выдачи паспорта 02.12.2015, код подразделения 160-055

Адрес регистрации, контактный телефон Республика Татарстан, Сабинский р-н, д Илебер, ул 8 Марта, д. 9 +79393308178

3. Я ознакомлен и полностью согласен с условиями страхования, изложенными в Договоре и Приложениях к нему.

4. Я уведомлен, что Договор включает в себя настоящее Заявление-согласие, Список застрахованных лиц и считается заключенным с момента подписания настоящего заявления-согласия и оплаты страховой премии.

5. Подписывая настоящее Заявление-согласие, я подтверждаю, что на момент подписания настоящего Заявления-согласия я не являюсь лицом:

- употребляющим наркотики, токсические вещества, страдающим алкоголизмом и/или состоящим по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- больным СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита), а также ВИЧ-инфицированным;
- со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящим на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;
- находящимся под следствием или в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания;
- с врожденными аномалиями, инвалидом 1, 2, 3 групп, лицом, направленным на медико-санитарную экспертизу для установления инвалидности, а также лицом, требующим постоянного ухода;
- моложе 18 лет и старше 70 лет;
- призванным для прохождения срочной военной службы, военных сборов и т.п.

Подписывая настоящее Заявление-согласие, я подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации (или должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также их супругом и близким родственником. В ином случае обязуюсь заполнить Заявление о принятии на обслуживание должностного лица или Уведомление о родстве с должностными лицами. Подписывая настоящее Заявление-согласие, я даю свое согласие получать информацию от ООО Страховая Компания «Гелиос» и его партнеров, в том числе по сетям электросвязи (телефон, факс, мобильная связь, электронная почта и т.п.). Мне известно, что Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случае недостоверности данного Заявления.

6. Мне известно, что участие в программе страхования осуществляется на добровольной основе. Мне известно, что действие Договора в отношении меня может быть досрочно прекращено по моему желанию. При этом мне известно, что при досрочном расторжении Договора в отношении Застрахованного лица, уплаченный в отношении Застрахованного лица платеж (страховая премия) возврату (полностью или частично) не подлежит.

7. Подписывая настоящее Заявление-согласие, я выражаю свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами, медицинскими учреждениями, бюро медико-социальной экспертизы, иными учреждениями (организациями), имеющими сведения о моем физическом и психическом состоянии здоровья, о моей истории заболеваний, 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 состоянии моего 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.

8. Я также принимаю к сведению и согласен(на), что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия фактов, касающихся ограничений для принятия на страхование, Договор в отношении меня будет считаться недействительным, и страховая компания освобождается от каких-либо обязательств по этому Договору в отношении меня.

Я подтверждаю, что ознакомлен и полностью согласен с Правилами и Договором, обязуюсь их неукоснительно выполнять, и даю согласие Страхователю на страхование моих имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, посредством включения меня в Список застрахованных лиц к Договору, добровольно.

9. Подписывая настоящее Заявление-согласие, я подтверждаю свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение), в том числе автоматизированную, моих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» с целью включения их в клиентскую базу данных Страховщика, для осуществления деятельности по страхованию, а также для информационных рассылок, маркетинговых и рекламных акций и телефонных опросов. Подписывая настоящее Заявление-согласие, я выражаю свое согласие на получение рекламы о новых продуктах и акциях Страховщика по телефону и /или электронной почте: +79393308178 Abd.bulat491@gmail.com.

Настоящее согласие на указанные выше действия дано мной на срок в 25 (двадцать пять) лет. Мне известно, что настоящее согласие может быть отозвано мной по моему письменному заявлению.

Настоящим я доверяю Страхователю предоставлять Страховщику документы и сведения обо мне, содержащие банковскую тайну, для достижения указанных выше целей.

10. Настоящее Заявление-согласие на страхование является неотъемлемой частью Договора.

/ АБДУЛЛИН БУЛАТ ИЛГИЗОВИЧ

Электронная подпись

Ф.И.О. Застрахованного лица