

Заявление о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе добровольного коллективного страхования жизни и здоровья № К-2.20 (ред. 22.09.2023)

Настоящим я,	ФИО Основного Застрахованного лица		
Дата рождения	дд.мм.гггг	Телефон	8xxxxxxxxx
Паспортные данные	Номер, серия паспорта Основного Застрахованного лица, кем и когда выдан		
Адрес регистрации	Адрес регистрации Основного Застрахованного лица		

действую осознанно и добровольно, выражаю свое желание быть Основным Застрахованным лицом по Программе добровольного коллективного страхования жизни и здоровья № К-2.20 (ред. 22.09.2023) (далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования № _____ от ____ 20____, заключенным между _____ (далее – Страхователь) и АО «Д2 Страхование» (далее – Страховщик) (далее – Договор добровольного коллективного страхования).

Настоящим я подтверждаю, что ознакомлен (-а) с информацией о Страховщике, со всеми условиями Программы страхования, включая сведения о страховых случаях / рисках; событиях, которые не являются страховым случаем; размере страховой суммы, сроке страхования, имущественном интересе, являющемся объектом страхования, размере страховой премии (страхового тарифа), условиях досрочного расторжения договора страхования в отношении Основного Застрахованного лица, порядке осуществления страховой выплаты.

Располагая всей необходимой информацией, я прошу указать меня в Списке Застрахованных лиц (являющемся неотъемлемой частью Договора добровольного коллективного страхования) в качестве Основного Застрахованного лица на следующих условиях:

Страховой случай	Страховая сумма	Срок страхования
1. Смерть Основного Застрахованного лица; 2. Установление Основному Застрахованному лицу I (первой) либо II (второй) группы инвалидности впервые; 3. Временная утрата Основным Застрахованным лицом общей трудоспособности (для работающих) / временное расстройство здоровья (для неработающих), в результате: 3.1. одного из следующих событий (несчастных случаев), произошедшего в течение срока страхования: взрыв; действие электрического тока; удар молнии; нападение животных; противоправные действия третьих лиц; падение предметов на Основное Застрахованное лицо; падение самого Основного Застрахованного лица; попадание в дыхательные пути инородного тела; острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; движение средств транспорта или их крушение; пользование движущимися механизмами, оружием, всякого рода инструментами; воздействие высоких или низких температур, химических веществ. 3.2. заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования. 4. Факт возникновения непредвиденных расходов Застрахованного лица 2 на погребение в результате смерти Близкого родственника (Основного Застрахованного лица).	xxx.xx (Сумма прописью) руб.	с дд.мм.гггг по дд.мм.гггг, при условии уплаты Страхователем страховой премии.

Выгодоприобретатель

По рискам, указанным в п.1 – 3, получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Основное Застрахованное лицо, а в случае его смерти – наследники Основного Застрахованного лица.

По риску, указанному в п.4, получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо 2.

ФИО ОСНОВНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА / подписано аналогом собственноручной подписи [идентификатор подписи] / дата

Я заявляю, что на дату подписания настоящего заявления: а) не страдаю / не страдал онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами, болезнями нервной системы (включая эпилепсию), рассеянным склерозом, наркоманией, токсикоманией и другими видами химической зависимости, алкоголизмом, и / или не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах; б) не страдаю / не страдал врожденной, генетической, приобретенной патологией костной системы и опорно-двигательного аппарата; в) мне не установлен диагноз «Гепатит С», СПИД, ВИЧ-инфекция, саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом; г) не нуждаюсь в длительной посторонней помощи, не парализован; д) не являюсь недееспособным лицом; е) не нахожусь под следствием и не осужден к лишению свободы.

Я подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем заявлении. Мне известно, что характер этих сведений является основанием для моего участия в Программе страхования. Я понимаю и согласен (-а) с тем, что если мои приведены ложные (недостоверные) сведения, скрыты факты, то Договор добровольного коллективного страхования в отношении меня является незаключенным.

Я уведомлен и согласен, что действие Договора добровольного коллективного страхования (страховая защита) не распространяется на меня в период моего нахождения в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

Я подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления мне была предоставлена полная и достоверная информация о Договоре добровольного коллективного страхования, в том числе в виде Ключевого информационного документа по форме, утвержденной Указанием Банка России от 17.05.2022 №6139-У (далее - КИД).

Я даю согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом ОМС, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» по запросу Страховщика документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Я подтверждаю, что Страховщик выбран мною добровольно, и что я уведомлен (-а) Страхователем о своем праве выбрать любую другую страховую компанию по своему усмотрению либо отказаться от участия в Программе страхования.

Я уведомлен (-а), что участие в Программе страхования не является условием для получения иных услуг, в том числе предоставляемых Страхователем, и мой отказ от участия в Программе страхования не может являться основанием для отказа в предоставлении таких услуг или ухудшения условий предоставления таких услуг.

Я подтверждаю, что Договор добровольного коллективного страхования / мое участие в Программе страхования не является способом обеспечения исполнения каких-либо моих обязательств.

Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» (630099, Новосибирск, ул. Депутатская, д. 2, помещ. 1) и его контрагентам на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым, не противоречащим законодательству РФ, способом (в том числе с использованием средств автоматизации или без использования таких средств) моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефонов, адреса электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, демографические характеристики, сведения о состоянии моего здоровья – в целях включения меня в качестве Основного Застрахованного лица в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе страхования, исполнения договора страхования, перестрахования, проведения маркетинговых исследований и рекламных акций. Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» на осуществление информирования меня путем направления смс / голосовых сообщений, а также по телефону, сети Интернет, электронной почте, почте и другим каналам связи о продуктах и услугах Страховщика (включая сообщения рекламного характера). Согласие на обработку персональных данных и согласие на информирование вступают в силу в момент подписания настоящего заявления и действуют в течение 5 (Пяти) лет с даты окончания срока страхования; по истечении указанного срока действие согласий считается продленным на каждые следующие 5 (Пять) лет при отсутствии сведений об их отзыве. Согласие может быть отозвано в любое время путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления; в случае отзыва согласия Страховщик прекращает обработку персональных данных после выполнения требований законодательства, регламентирующих его деятельность, и в сроки, предусмотренные действующим законодательством РФ.

Я уведомлен, что уплаченная Страхователем Страховщику страховая премия составляет руб.

С Договором добровольного коллективного страхования, Ключевым информационным документом, Программой страхования ознакомлен (-а) и согласен (-а). Ключевой информационный документ, Программу страхования получил (-а), обязуюсь ее выполнять.

Настоящее заявление заполнено с моих слов и по моему поручению. Со всеми документами и условиями, перечисленными в заявлении, я подробно ознакомился (-ась), все указываемые в заявлении условия мной проверены, я с ними согласен (-на) и подтверждаю.

ФИО ОСНОВНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА
/.....
/дата

ФИО ОСНОВНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА / подписано аналогом собственноручной подписи [идентификатор подписи] / дата