Образец

Заявление о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования №__ от _____*

Заявление о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.0 (ред. 30.04.2019)

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

действуя осознанно и добровольно, выражаю свое желание быть Застрахованным лицом по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.0 (ред. 30.04.2019) (далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования № _____ от__.__2019, 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, размере страховой суммы, сроке страхования, имущественном интересе, являющемся объектом страхования, размере страховой премии (страхового тарифа), условиях досрочного расторжения договора страхования в отношении 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 Застрахованного лица на следующих условиях:

Страховой случай	**Страховая сумма**	**Срок страхования**
– **Смерть Застрахованного лица** в результате одного из событий: а) взрыв; б) действие электрического тока; в) удар молнии; г) нападение животных; д) противоправные действия третьих лиц; е) падение предметов на Застрахованное лицо ж) падение самого Застрахованного лица; з) утопление; и) попадание в дыхательные пути инородного тела; к) острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; л) движение средств транспорта или их крушение; м) пользование движущими механизмами, оружием, всякого рода инструментами; н) воздействие высоких или низких температур, химических веществ. – **Установление Застрахованному лицу инвалидности I (первой), II (второй) группы впервые** в результате одного из событий: а) взрыв; б) действие электрического тока; в) удар молнии; г) нападение животных; д) противоправные действия третьих лиц; е) падение предметов на Застрахованное лицо ж) падение самого Застрахованного лица; з) попадание в дыхательные пути инородного тела; и) острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; к) движение средств транспорта или их крушение; л) пользование движущими механизмами, оружием, всякого рода инструментами; м) воздействие высоких или низких температур, химических веществ.	xxx,xx руб.	с дд.мм.гггг по дд.мм.гггг, при условии уплаты Страхователем страховой премии.
	Выгодоприобретатель	
	Получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо, а в случае его смерти – наследники Застрахованного лица.	

ФИО ЗАСТРАХОВАННОГО ……/……/
подпись собственноручная расшифровка подписи

Я заявляю, что на момент подписания настоящего заявления: а) не являюсь инвалидом с детства, инвалидом I, II или III группы и не имею оснований на установление группы инвалидности (в т.ч. направления на медико-социальную экспертизу); б) 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; в) не страдаю / не страдал врожденной, генетической, приобретенной патологией костной системы и опорно-двигательного аппарата; г) мне не установлен диагноз «Гепатит С», СПИД, ВИЧ-инфиция, саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом; д) не состою на службе в действующей армии, не принимаю участие в военных действиях и подавлении беспорядков; е) не нуждаюсь в длительной посторонней помощи, не парализован; ж) 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 мною приведены ложные (недостоверные) сведения, сокрыты 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 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 обязательств Застрахованного лица.

Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» (630099, Новосибирск, ул. Советская, 33, 4 этаж) 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, социально-демографические характеристики, сведения о состоянии моего здоровья – в целях присоединения меня в качестве застрахованного лица 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, 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 Застрахованным 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, Программой добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.0 ознакомлен (-а) и согласен (-а). Программу добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.0 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 ЗАСТРАХОВАННОГО ……/……/ дата
подпись собственноручная расшифровка подписи