

Приложение №1 к страховому полису «Могу все!+» Информация, предоставляемая при активации



Информация об активации формируется Страховщиком только после того, как Страхователь подтверждает информацию, указанную в Декларации Страхователя на сайте Страховщика. Наличие данного Приложения у Страхователя заведомо означает, что Страхователь данную информацию подтвердил.

ВАЖНО! При наступлении страхового случая необходимо предъявить подписанный Страхователем экземпляр Приложения №1 к Полису страхования (Информации, предоставляемая при активации).

Номер страхового полиса «Могу все!+»: S13677-0156221

Дата активации: 21.08.2016

Код активации: 949244

Срок действия полиса: с 01.09.2016 по 31.08.2017

Страхователь:

Ф.И.О.: Тышковский Владимир Владимирович

Паспорт: Серия 0503, № 252903, Дата выдачи 11.12.2002, Кем выдан Лесозаводской ГОВД Приморский край

Дата рождения: 06.07.1957

Пол: ☒ мужской ☐ женский

Телефон: моб.: +7(924)221-86-52

E-mail: ninanina6363@mail.ru

Застрахованный:

Ф.И.О.: Старничук Полина Денисовна

Дата рождения: 25.05.2014

Пол: ☐ мужской ☒ женский

Документ, удостоверяющий личность: Свидетельство о рождении Серия II-ДВ, № 539093, Дата выдачи 04.06.2014, Кем выдан отдел ЗАГС Центрального округа администрации г. Комсомольска-на-Амуре Хабаровского края

Активируя настоящий полис, Страхователь подтверждает, что на дату активации:

В части страхования от несчастного случая

Застрахованный:

- не относится к категории «ребенок-инвалид»;
 - не состоит на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;
 - не находится в местах лишения свободы;
 - не младше 1 (Одного) года и не достиг возраста 18 (Восемнадцати) лет (однако договор страхования в отношении Застрахованного, которому исполнилось 18 (Восемнадцать) лет в течение срока действия Полиса, продолжает действовать до истечения срока его действия).
- Активируя настоящий Полис, Страхователь также подтверждает, что не владеет сведениями о заключенных с Обществом и действующих на дату активации Полиса и на территории Российской Федерации договорах личного страхования в отношении указанного в полисе Застрахованного, предусматривающих выплату страхового возмещения при наступлении смерти или травмы в результате несчастного случая;
- является гражданином Российской Федерации.

В части страхования от онкологического заболевания

- возраст Застрахованного от 1 (Одного) года до 17 (Семнадцати) лет включительно;
 - у Застрахованного нет и когда-либо не были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;
 - у Застрахованного не были диагностированы и он не проходил обследования в связи с любыми формами новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;
 - Застрахованный не планирует и не ожидает результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования;
 - Застрахованный не проходил обследования и у него не были диагностированы: полипы кишечника; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита или цирроза печени.
- Активируя настоящий Полис, Страхователь также подтверждает, что не владеет сведениями о заключенных с Обществом и действующих на дату активации Полиса и на территории Российской Федерации договорах личного страхования в отношении указанного в полисе Застрахованного, предусматривающих выплату страхового возмещения при наступлении онкологического заболевания;
- Застрахованный является гражданином Российской Федерации.

Примечание

Активируя настоящий Полис, Страхователь:

- дает согласие на получение информации о себе в одном или нескольких кредитных бюро в целях проверки Страховщиком предоставленной при заключении договора существенной информации;
- дает согласие на обработку (совершение любых действий с использованием средств автоматизации или без, в том числе на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу (включая трансграничную), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных данных (далее – ПД), указанных в Договоре или полученных в процессе обслуживания данного Договора, в т. ч. и снятия копий с использованием технических средств в целях принятия Страховщиком решения о заключении и/или исполнения условий соответствующего договора, а также в целях продвижения на рынке товаров и/или услуг Страховщика и/или третьих лиц;
- выражает свое согласие на обработку своих ПД третьим лицам и дает согласие Страховщику на принятие в отношении него решений, порождающих юридические последствия, на основании исключительно автоматизированной обработки ПД. Страхователь предоставляет Страховщику право проверить все данные, указанные в Полисе, путем осуществления работниками Страховщика опросов по телефонам, указанным в Полисе, а также иными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации. Согласие действует в течение 75 лет с даты активации и может быть отозвано в любой момент путем представления Страховщику заявления в письменной форме;
- дает свое согласие оператору связи, с которым у него заключен договор об оказании услуг связи в отношении мобильного номера, указанного в поле «телефон» Полиса на обработку своих персональных данных и предоставление результатов третьим лицам, в частности Страховщику, а также предоставление Страховщику сведений об абоненте (Клиенте) и оказываемых Страхователем услугах связи по договору об оказании услуг связи, заключенному с таким оператором связи. Данное согласие действует бессрочно и может быть отозвано в любой момент Клиентом при обращении к Страховщику либо к оператору связи.

Стороны договорились о следующем: Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, путем письменного уведомления об этом Страховщика. В случае отказа Страхователя от договора страхования до момента его вступления в силу, Страхователь имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме. В случае отказа Страхователя от договора страхования после его вступления в силу, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит. При расхождении положений настоящего приложения к Полису (Информация об активации) с Особыми условиями, преимущественную силу имеет Информация об активации.

Приложение №1 к Полису – Информация, предоставляемая при активации – Страхователь распечатывает самостоятельно. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Полиса, указанного в настоящем Приложении.

Подпись страховщика:

Механическое воспроизведение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Документы, содержащие механическое воспроизведение подписи уполномоченных лиц Страховщика, имеют силу, аналогичную документам, собственноручно подписанным уполномоченными лицами Страховщика.



Заместитель Генерального директора -
директор Департамента розничных продаж
Конкин С. В.

Приложение №1 к страховому полису «Могу все!+» № S13677-0156221 Информация, предоставляемая при активации

Декларация Страхователя

1. Настоящим подтверждаю, что на дату заключения договора страхования:

- возраст Застрахованного от 1 (Одного) года до 17 (Семнадцати) лет включительно;
- у Застрахованного нет и когда-либо не были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;
- у Застрахованного не были диагностированы и он не проходил обследования в связи с любыми формами новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;
- Застрахованный не планирует и не ожидает результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования;
- Застрахованный не проходил обследование и у него не были диагностированы: полипы кишечника; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита или цирроза печени;
- в отношении Застрахованного не имеется действующих договоров страхования от онкологического заболевания заключенных со Страховщиком;
- Застрахованный является гражданином Российской Федерации

2. Выражаю свое согласие на:

- получение информации о себе в одном или нескольких кредитных бюро в целях проверки Страховщиком предоставленной при заключении договора существенной информации;
- обработку (совершение любых действий с использованием средств автоматизации или без, в том числе на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу (включая трансграничную), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных данных (далее – ПД), указанных в Договоре или полученных в процессе обслуживания данного Договора, в т. ч. и снятия копий с использованием технических средств в целях принятия Страховщиком решения о заключении и/или исполнения условий соответствующего договора, а также в целях продвижения на рынке товаров и/или услуг Страховщика и/или третьих лиц;
- обработку моих ПД третьими лицами и принятие Страховщиком в отношении меня решений, порождающих юридические последствия, на основании исключительно автоматизированной обработки ПД. Предоставление Страховщику право проверить все данные, указанные в Полисе, путем осуществления работниками Страховщика опросов по телефонам, указанным в Полисе, а также иными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации. Согласие действует в течение 75 лет с даты активации и может быть отозвано в любой момент путем представления Страховщику заявления в письменной форме;
- согласие оператору связи, с которым у меня заключен договор об оказании услуг связи в отношении мобильного номера, указанного в поле «телефон» Полиса на обработку своих персональных данных и предоставление результатов третьим лицам, в частности Страховщику, а также предоставление Страховщику сведений об абоненте (Клиенте) и оказываемых Страхователю услугах связи по договору об оказании услуг связи, заключенному с таким оператором связи. Данное согласие действует бессрочно и может быть отозвано в любой момент Клиентом при обращении к Страховщику либо к оператору связи.

Страхователь:

С Особыми условиями страхования от онкологического заболевания согласен, один экземпляр на руки получил и обязуюсь выполнять.

Согласен на использование Страховщиком факсимиле на договоре страхования.

_____/Тышковский Владимир Владимирович