

Заявление на присоединение  
к Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая

– Настоящим

я, \_\_\_\_\_

– паспорт: \_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_ «\_\_\_»

\_\_\_\_\_ года, адрес регистрации:

\_\_\_\_\_, действуя добровольно, выражаю свое желание быть Застрахованным лицом по Программе коллективного добровольного страхования от несчастного случая (далее Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования МФ592/22/НСМ2416411 от 19 апреля 2022г., заключенным между Обществом с ограниченной ответственностью «ДЕВТЕК» (ООО «ДЕВТЕК»), именуемое в дальнейшем «Страхователь» (далее – Страхователь) и Обществом с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (ООО РСО «ЕВРОИНС») (далее – Страховщик), (Далее – Договор добровольного коллективного страхования), страховыми рисками по которому являются случаи, предусмотренные в разделе 7 Программы страхования в период действия Договора добровольного коллективного страхования в отношении данного Застрахованного лица, кроме случаев, предусмотренных в разделе 8 Программы страхования. Срок страхования 30 дней, страховая сумма 15 000 рублей, страховая премия в размере 30 рублей.

Пользуясь правом на выбор Выгодоприобретателя, я назначаю Выгодоприобретателем по Договору коллективного страхования при наступлении страхового случая себя и в случае смерти моих наследников.

Я заявляю, что на момент подписания настоящего заявления:

- не являюсь инвалидом I, II или III группы и не имею оснований (в том числе оформленных соответствующим документом – направлением) для назначения группы инвалидности, не проходил (–а) лечения и не страдаю в настоящее время от СПИДа, ВИЧ-инфекции;
- не страдаю психическими заболеваниями и (или) расстройствами;
- не состою на учете в онкологическом, наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном диспансере, центрах профилактики борьбы со СПИДом, в настоящее время не прохожу службу в вооруженных силах, не занят (–а) в профессиональной или непрофессиональной авиации, в работах со взрывчатыми веществами, не являюсь водолазом, пожарным, скалолазом, работником ядерной промышленности, нефтяником, шахтером, охранником;
- не нахожусь на стационарном лечении или обследовании и не нуждаюсь в уходе по состоянию здоровья;
- моя трудоспособность не является ограниченной в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью и не была ограничена непрерывно (в течение 30 дней и более) на протяжении предшествовавших 2 лет;
- не получал (–а) лечения по какому-либо поводу в стационарном медицинском учреждении (включая дневной стационар) непрерывно (в течение 15 дней и более) на протяжении предшествующих 2 лет;
- на протяжении последнего года я выполняю свою работу без каких-либо ограничений;
- не занимаюсь активным отдыхом и спортом, сопряженным с повышенной опасностью для жизни и здоровья на профессиональном уровне или др. увлечениями, связанными с повышенным риском, а также не намереваюсь путешествовать в горячие точки планеты;
- не нахожусь под следствием;
- на дату окончания срока страхования мой возраст не будет превышать возраста, установленного Программой страхования.

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 ложные (недостоверные) сведения, если они приведены мною в настоящем заявлении, а также сокрытие фактов, касающихся нарушений моего здоровья влекут недействительность Договора коллективного страхования в отношении меня.

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, что страховая премия, уплачиваемая Страхователем за присоединение к Договору добровольного коллективного страхования, составляет 30 рублей в месяц.

Мне известно, что я вправе отказаться от договора страхования в любое время по моему желанию. Действие Договора прекращается не ранее дня подачи Банку письменного заявления об отказе.

При этом мне известно, что если я отказался от Договора страхования, то подлежит возврату часть уплаченной страховой премии пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия и до даты прекращения действия Договора.

Я уведомлен о том, что в случае моего обращения с заявлением об исключении меня из числа застрахованных лиц по Договору в течение 14 (Четырнадцать) календарных дней с момента подписания настоящего Заявления, при отсутствии событий, имеющих в отношении меня признаки страхового случая, возврат денежных средств производится Страхователем в полном объеме в сумме уплаченной мной Страховой премии и платы за присоединение к Договору и подключение к Программе страхования (плата за сбор, обработку и техническую передачу информации обо мне, связанную с распространением на меня условий Договора).

Я уведомлен (-а), что участие в Программе страхования не является условием для получения займа, иных услуг и мой отказ от участия в Программе страхования не может являться основанием для отказа в заключении со мной Договора займа, иных договоров. Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь и исследовавшим состояние моего здоровья, предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах, если такие запросы связаны с обязанностью Страховщика осуществить страховую выплату.

Я даю согласие ООО РСО «ЕВРОИНС» на осуществление рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи, электронной почте, сети Интернет, почте (далее – рассылка) с целью информирования Страхователя с помощью перечисленных средств связи о продуктах и услугах Страховщика и направления иной информации. Данное согласие вступает в силу со дня принятия условий настоящей Оферты и действует в течение пяти лет с момента окончания действия страховой защиты или до момента подачи отзыва согласия.

Я даю согласие Страховщику – ООО РСО «ЕВРОИНС» (г. Смоленск, ул. Глинки, д.7, эт.2, пом.9) и его контрагентам на обработку моих персональных данных, в том числе касающихся состояния моего здоровья, в целях распространения на меня действия Договора коллективного страхования и его исполнения. Я уведомлен, что страховая премия, уплачиваемая Страхователем за присоединение к Договору добровольного коллективного страхования, составляет 0,00667% в день.

Перечень персональных данных, по которым я даю согласие Страховщику: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адреса, социально-демографические характеристики, реквизиты основного документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии моего здоровья, физического и психического состояния, результатов медицинских консультаций и тестов.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых я даю Страховщику согласие: любые действия в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, но не ограничиваясь: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, трансграничная передача, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных осуществляется в целях заключения, исполнения и прекращения Договора коллективного страхования (в том числе в целях осуществления Страховщиком страховой выплаты) на бумажных и электронных носителях с использованием при обработке моих персональных данных автоматизированного, механического, ручного и любого иного способа обработки.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение пяти лет с момента окончания действия страховой защиты или до момента подачи отзыва согласия. Согласие может быть отозвано в любое время путем предоставления или направления по почте заказным письмом письменного заявления по адресу Страховщика. В случае отзыва согласия Страховщик прекращает обработку персональных данных после выполнения требований федеральных законов, регламентирующих деятельность Страховщика и в сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

Договором добровольного коллективного страхования, с Программой страхования, размещенными на сайте <http://www.euro-ins.ru>, ознакомлен, все условия Договора и Программы мне понятны, выражаю свое полное и безоговорочное согласие с ними, обязуюсь выполнять все условия Программы страхования.

Я,

---

(Фамилия Имя Отчество)

