**Заявление Застрахованного лица (заполняется законным представителем Застрахованного) (форма)**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, являясь на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, Застрахованного (далее – «Застрахованный») по Договору коллективного страхования жизни и от несчастных случаев **№ SPB-05011/2013** **от «24» октября 2013г.** (далее – «Договор»):

1. Подтверждаю, что ознакомлен с Правилами коллективного страхования жизни и страхования от несчастных случаев «Allianz Клуб» и согласен с заключением в отношении Застрахованного Договора
2. Застрахованный непрофессионально занимается следующими видами спорта: не занимается.
3. Прошу назначить Выгодоприобретателями по рискам смерти согласно таблице. По остальным рискам – Застрахованного.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ф.И.О. Выгодоприобретателя | Степень родства | Дата рождения | Доля выплаты (в % от страховой выплаты, суммарная доля – не более 100%)\* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

1. Подтверждаю, что Застрахованный не младше 5 лет и не старше 17 полных лет, не является лицом:
	1. требующим ухода и страдающим диагностированными болезнями или состояниями, повлекшими или являющимися основаниями установления инвалидности;
	2. страдающим онкологическими или злокачественными заболеваниями крови, сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе перенесшим инсульт или инфаркт миокарда, сахарным диабетом, циррозом печени, терминальной почечной недостаточностью, заболеваниями, вызванными воздействием радиации; больным СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека;
	3. подверженным психическим расстройствам, состоящим на учете в психоневрологическом и/или наркологическом диспансере;
	4. подозреваемым или обвиняемым, осужденным по уголовному делу;
	5. занимающимся экстремальными видами спорта, указанными в Договоре, или профессиональным спортсменом.
2. Настоящим даю свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами, медицинскими учреждениями, бюро медико-социальной экспертизы и Фондом ОМС, иными учреждениями (организациями), имеющими сведения о физическом и психическом состоянии здоровья Застрахованного, об истории заболевания, 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 здоровья Застрахованного, о результатах объективных исследований и исследований биологических материалов, а также об истории болезни (болезней), диагнозе, лечении и прогнозе предоставлять эту информацию по запросу Страховщика.
3. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю Страховщику согласие на обработку персональных данных Застрахованного, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, социального и имущественного положения, образования, профессии, доходах, состоянии здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных Страховщика, для осуществления информационного сопровождения исполнения Договора и информационных рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по страхованию. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика в в Allianz SE, Gen Re, Swiss Re, иных провайдерах в целях перестрахования рисков или оказания услуг, предусмотренных Договором, или хранения базы данных Страховщика в соответствии с требованиями законодательства РФ, использование персональных данных в целях включения в клиентскую базу данных группы компаний Allianz SE, участия в маркетинговых и рекламных акциях. Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения Договора, включая период хранения данных по договорам страхования (хранение на период 25 лет с момента окончания срока действия договора страхования, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ). Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления Застрахованным письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу Страховщика.
4. Подтверждаю, что Застрахованный не является иностранным публичным должностным лицом (его супругом, родственником (родителем, ребенком, внуком, полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным), должностным лицом публичных международных организаций, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности в РФ, должности члена Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией, и прочие должности, определяемые Президентом РФ.\*

\*При несогласии с указанным утверждением предоставляется письменная уточняющая информация.

*Сведения, предоставленные Застрахованным и его законным представителем в настоящем Заявлении и приложениях к нему признаются, имеющими существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков.*

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись: | Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф.И.О. законного представителя полностью) |