Заявление о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.10

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

действуя осознанно и добровольно, выражаю свое желание быть Застрахованным лицом по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.10 (ред. 10.07.2023) (далее – Программа страхования) в соответствии Договором добровольного коллективного страхования № Д2/3РБ/01/22 от «28» января 2022г. заключенным между ООО «АЙТИ СИТЕМЫ» (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 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**
1. **Смерть Застрахованного лица в результате одного из следующих событий (несчастных случаев),** произошедших в течение срока страхования**:** а) взрыва; б) действия электрического тока; в) удара молнии; г) нападения животных; д) противоправных действий третьих лиц; е) падения предметов на Застрахованное лицо; ж) падения самого Застрахованного лица; з) утопления; и) попадания в дыхательные пути инородного тела; к) острого отравления ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; л) движения средств транспорта или их крушение; м) пользования движущими механизмами, оружием, всякого рода инструментами; н) воздействия высоких или низких температур, химических веществ. 2. **Установление Застрахованному лицу I (первой) либо II (второй) группы инвалидности впервые в результате одного из следующих событий (несчастных случаев),** произошедших в течение срока страхования: а) взрыва; б) действия электрического тока; в) удара молнии; г) нападения животных; д) противоправных действий третьих лиц; е) падения предметов на Застрахованное лицо; ж) падения самого Застрахованного лица; з) попадания в дыхательные пути инородного тела; и) острого отравления ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; к) движения средств транспорта или их крушение; л) пользования движущими механизмами, оружием, всякого рода инструментами; м) воздействия высоких или низких температур, химических веществ. 3. События, указанные в п. 2., произошедшие после истечения срока страхования, но явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, также признаются страховым случаем, если они наступили в течение 180 (Ста восьмидесяти) календарных дней с момента наступления несчастного случая.	20 000 рублей (Двадцать тысяч руб. 00 коп.)	В соответствии с соглашением Застрахованного лица и Страхователя (и при условии уплаты Страхователем страховой премии Страховщику).
Выгодоприобретатель		
Получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо, а в случае его смерти – наследники Застрахованного лица		

ФИО ЗАСТРАХОВАННОГО ……. /……/

Я заявляю, что на момент 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 состою на службе в действующей армии, не принимаю участие в военных действиях и подавлении беспорядков; д) не нуждаюсь в длительной посторонней помощи, не парализован; 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 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 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 – Ключевой информационный документ).

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.

Мне известно, что Страховщик на основании пп.2, 5, 7, 9 п.1 ст.6 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" осуществляет обработку моих персональных данных, персональных данных Выгодоприобретателей, предоставленных при подписании настоящего заявления и/или в процессе исполнения в отношении меня Договора добровольного коллективного страхования, в целях включения меня в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования и исполнения в отношении меня Договора добровольного коллективного страхования, договора перестрахования, в статистических или иных исследовательских целях (при условии обезличивания) без получения моего отдельного согласия. Обработка персональных данных в указанных целях осуществляется Страховщиком в течение всего срока действия в отношении меня Договора добровольного коллективного страхования, договора перестрахования, и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия в отношении меня Договора добровольного коллективного страхования, договора перестрахования.

Мне известно, что Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных, персональных данных Выгодоприобретателей в целях продвижения своих услуг путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не указанных в предыдущем абзаце, на основании отдельно оформленного согласия на обработку персональных данных, подтвержденного и (или) подписанного мной, Выгодоприобретателями.

Я уведомлен, что Страхователь уплачивает Страховщику страховую премию, размер которой рассчитывается путем умножения страховой суммы на страховой тариф 0.125% в месяц и на срок страхования в месяцах. С Договором добровольного коллективного страхования, Программой страхования ознакомлен (-а) и согласен (-а). Программу страхования получил (-а), обязуюсь ее выполнять.

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 ЗАСТРАХОВАННОГО

……/……/ ${DATENOW}

(Акцептом является электронная подпись)

Настоящим я, ФИО Застрахованного лица даю согласие (акцепт) на ежемесячное списание ООО «АЙТИ СИСТЕМЫ» (далее – Страхователь) денежных средств в размере и в порядке, предусмотренном соответствующим Соглашением-офертой об оказании услуги включения в Список застрахованных лиц по Программе коллективного страхования от несчастного случая № К-2.10, за услугу включения в Список Застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе страхования (далее – Услуга) на первый и последующие периоды страхования. Застрахованное лицо уведомлено, что для отказа от списания денежных средств за Услугу на последующие периоды необходимо отозвать настоящий акцепт, направив Страхователю соответствующее уведомление.

ФИО ЗАСТРАХОВАННОГО

……/……/ ${DATENOW}