

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАСТРАХОВАННЫХ ДЕТЯХ

от "___" _____ 20___ г.

Застрахованные дети должны являться детьми Застрахованного взрослого в соответствии с определением п.1.4.3 Правил добровольного страхования жизни по продукту "Эгида" в возрасте от 0 до 17 лет (включительно)

ЗАСТРАХОВАННЫЙ РЕБЕНОК / ЗАСТРАХОВАННЫЕ ДЕТИ		Данные о Застрахованных детях заполняются при выборе Дополнительной программы в Таблице определения размера страхового взноса		
	Ф.И.О.	ПОЛ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ ИЛИ НОМЕР ПАСПОРТА (если есть)
4.1		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.2		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.3		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.4		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.5		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		

Застрахованный взрослый подтверждает, что ему достоверно известно, что ни один из Застрахованных детей:

- не имеет в настоящее время и не имел в прошлом диагноз онкологического заболевания, преинвазивного рака или доброкачественной опухоли головного мозга, никогда не было рекомендовано пройти лечение или исследование в отношении данных заболеваний (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);
- не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим заболеванием или доброкачественной опухолью головного мозга;
- никогда ранее не наблюдался и не наблюдается в настоящее время в онкологическом диспансере;
- не болен СПИДом или не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний или расстройств;
- не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не является Застрахованным по договорам страхования, содержащих программу страхования (страховые риски) от смертельно опасных заболеваний, если данная программа (страховые риски) была заключена (заключены) на нестандартных условиях (с увеличением страхового тарифа, что привело к увеличению размера страховой премии или понижению страховой суммы, или с дополнительными исключениями или оговорками), и в отношении лиц, которым было на законном основании отказано в заключении договоров личного страхования;
- не имеет действующих договоров страхования по продукту «Эгида».




Застрахованный взрослый даёт разрешение любому лечебному учреждению или врачу, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, работодателю Застрахованного взрослого, предоставлять ООО «ППФ Страхование жизни» полную информацию о событии, имеющем признаки страхового случая, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении Застрахованных детей.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Застрахованный взрослый даёт согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем договоре страхования, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения Застрахованному взрослому иных услуг Страховщика. Кроме того, Застрахованный взрослый дает согласие на обработку персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных».

Отметить любым знаком, если Застрахованный взрослый не дает согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая передачу (распространение, предоставление, доступ) при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему в целях предложения Страхователю иных услуг Страховщика.

Застрахованный взрослый подтверждает, что дети, указанные в Таблице "Уведомление о Застрахованных детях" являются детьми Застрахованного взрослого, в том числе усыновленными (удочеренными), взятыми на попечительство или под опеку в соответствии с действующим законодательством РФ.

Застрахованный взрослый осведомлен, что в соответствии с п. 6.14 Правил сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном договоре, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)		ПОДПИСЬ	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ ВЗРОСЛЫЙ (Ф.И.О.)		ПОДПИСЬ	
СТРАХОВЩИК	ФИО представителя Страховщика		
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА			ДАТА _____ Г.
		МЕСЯЦ ПРОПИСЬЮ	
ДОВЕРЕННОСТЬ №	ОТ _____	_____ Г.	
		МЕСЯЦ ПРОПИСЬЮ	
НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА)		АГЕНТСТВО №	