

ЗАЯВЛЕНИЕ

на оказание услуг по содействию в заключении договора страхования по программе «Лекарственное страхование»

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, паспорт: серия и номер _____, прошу Общество с ограниченной ответственностью «Инфотел» (далее по тексту – «Агент») оказать мне услугу по содействию в приобретении у ООО «Фарм Ай Кью» (далее по тексту – «Страхователь») страхового сертификата с целью заключения между мной и ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (далее по тексту – «Страховщик») договора страхования по программе «Лекарственное страхование» (далее по тексту – «Договор страхования»), на основании Договора № 001ДМСЛ36913222 добровольного медицинского страхования от «06» апреля 2022 года между Страховщиком и Страхователем.

За оказание Агентом услуг по содействию на приобретение страхового сертификата у Страхователя, мной вносятся денежные средства в размере 150,00 (сто пятьдесят) рублей 00 копеек, в дату его приобретения, путём перечисления их на расчётный счёт Агента.

Подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем заявлении. Мне известно, что если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

Подтверждаю, что Договор страхования в отношении меня (Застрахованного лица) заключается по моей инициативе, услуги страхования не являются навязанными, невыгодными и обременительными.

В соответствии с законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку и передачу ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (адрес местонахождения: 115114, город Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12), являющегося Страховщиком, ООО «Фарм Ай Кью» (адрес местонахождения: 119331 г. Москва, проспект Вернадского, д. 29) являющегося Страхователем и ООО «Инфотел» (адрес местонахождения: РФ, 630099. г. Новосибирск, ул. Советская, д. 12, 3 этаж), являющемуся Агентом по содействию в приобретении страхового сертификата и заключению Договора страхования, моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении в течение всего срока действия Договора страхования, а также в течение срока его архивного хранения персональных данных. Персональные данные включают в себя: фамилию, имя, отчество, адрес Застрахованного лица, данные основного документа, удостоверяющего личность, и иную информацию о Застрахованном лице, указанную в заявлении, Договоре страхования или полученную Страховщиком в ходе его исполнения. Под обработкой персональных данных подразумевается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Страховщиком и/или привлеченными им третьими лицами с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение. Согласие дается на обработку персональных данных в целях исполнения Договора страхования, информационного сопровождения, в том числе информирования об услугах Страховщика, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях (включая передачу информационных сообщений посредством любых средств связи, включая но не ограничиваясь: электросвязи, по телефону, СМС, эл. почте или почтовой связи, а также в целях операционного учета и проведения анализа страховых рисков. Страховщик обязуется обеспечить конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

С условиями Договора страхования, Правил страхования я ознакомлен(а), они мне понятны.

Согласен(-на) с тем, что обязан(а) выполнить обязанности страхователя, предусмотренные Правилами страхования, за исключением обязанности по перечислению суммы страховой премии на расчетный счет Страховщика.

Дата: « ____ » _____ 20__ года.

Простая электронная подпись:

* Период, в течение которого можно отказаться от участия в Программе страхования «Лекарственное страхование» составляет - 14 календарных дней. Возврат денежных средств осуществляется Агентом после получения письменного отказа клиента от участия в Программе страхования «Лекарственное страхование» в форме заявления на адрес электронной почты info@infotel.info.