ЗАЯВЛЕНИЕ

г. Санкт-Петербург, "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

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

*Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства (регистрации), телефон*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт, заграничный паспорт, паспорт моряка и т.д.), когда, кем выдан*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Гражданство, данные миграционной карты (для иностранных граждан).*

прошу САО "Медэкспресс" (ИНН 7803025365) заключить со мной договор добровольного

 медицинского страхования (далее – Договор).

1. Застрахованными по Договору определить следующих лиц (незаполненные графы перечеркнуть):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. Застрахованного, дата рождения | *Место жительства,**моб.телефон, паспортные данные**(серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения)* | *Название страховой программы*  | *Взнос по программе* | *Лимит по программе* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2.

|  |  |
| --- | --- |
| *Срок действия Договора* |  |

3.

|  |  |
| --- | --- |
| *Особые условия* |  |

4. Согласие на обработку персональных данных**.** В соответствии со ст.9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю САО «Медэкспресс», юридический адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Гороховая 14/26 (далее – Оператор), согласие на обработку моих персональных данных, в т.ч. фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, профессии, состоянии здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление персональных данных, с использование средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по страхованию. Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимы для заключении и исполнения договора страхования, включая период хранения данных по договорам страхования (хранение на период 25 лет с момента окончания срока действия договора страхования, если иной срок не установлен законодательством РФ). Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу САО «Медэкспресс».Застрахованный дает свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами, медицинскими и иными учреждениями (организациями), имеющими сведения о физическом и психическом состоянии здоровья, об истории заболевания, об обстоятельствах и причинах ( в том числе возможных причинах) наступления страхового случая, наличии иных договоров личного страхования и разрешают Страховщику использовать эту информацию. Застрахованный разрешает любому врачу любого медицинского учреждения, а также иным лицам, имеющим информацию о состоянии здоровья Застрахованного, о результатах объективных исследований и следований биологических материалов Застрахованного, а также об истории болезни (болезней) Застрахованного, диагнозе, лечении и прогнозе предоставлять эту информацию по запросу САО «Медэкспресс».

В соответствии с п.2 ст.943 Гражданского Кодекса Российской Федерации мне вручены с разъяснением условий Правила добровольного медицинского страхования САО “Медэкспресс” и соответствующие программы страхования.

*"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /*

 *(подпись) (Фамилия, Имя, Отчество)*