ООО СК «Эверия Лайф», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 09.04.2025, СЛ № 3609 от 09.04.2025
Адрес для корреспонденции: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1
Адрес юридического лица: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1
Телефон 8-800-775-82-00; (495) 785-82-00, Факс: (495) 785-82-09

ЗАЯВЛЕНИЕ
на изменение данных о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе

Я, (*Ф. И. О.*)

ЯВЛЯЮСЬ СТРАХОВАТЕЛЕМ ПО ДОГОВОРУ № _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ОТ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.

ПРОШУ ВНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДОГОВОР:

1. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

☐ ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ☐ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

СТРАХОВАТЕЛЬ-ФЛ Если страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то заполните данные о Страхователе в разделе «Страхователь-ЮЛ» или «Страхователь-ИП»

Ф. И. О.

ПОЛ: ☐ М ☐ Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.	ГРАЖДАНСТВО	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: НАИМЕНОВАНИЕ _____ СЕРИЯ _ _ _ _ НОМЕР _ _ _ _ _ _

КЕМ ВЫДАН

КОГДА _____ г.	КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
ИНН (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	СНИЛС (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ТЕЛЕФОН (МОБ.)	ТЕЛЕФОН (РАБ.)	ТЕЛЕФОН (ДОМ.)

E-MAIL_ для направления всех кассовых чеков (в соответствии с № 54-ФЗ от 22.05.2003 «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ»)

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

ИНДЕКС_ _ _ _ _ _	ОБЛАСТЬ (КРАЙ)		
РАЙОН	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)		
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА ☐ **ОТМЕТИТЬ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ СОВПАДАЕТ С АДРЕСОМ РЕГИСТРАЦИИ**

ИНДЕКС_ _ _ _ _ _	ОБЛАСТЬ (КРАЙ)		
РАЙОН	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)		
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:
серия _ _ _ _ номер _ _ _ _ _ _ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _ _ _ _ номер _ _ _ _ _ _
Дата начала срока пребывания _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г. Дата окончания срока пребывания _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.

Являетесь ли Вы/назначенные Вами Выгодоприобретатели должностными лицами публичных международных организаций или лицами, замещающими (занимающими) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации
☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите Должность_____

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?
☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите Должность_____
Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица_____

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)?
☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите Степень родства_____
Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)
☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ

В соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 №54-ФЗ «О Применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ» Страхователь уведомлен, что в случае не указания в Заявлении о страховании адреса электронной почты, все кассовые чеки и уведомления по договору страхования будут направлены на указанный мобильный телефон. Также Страхователь обязуется в срок не позднее месяца с даты изменения e-mail и/или номера мобильного телефона уведомить о данном изменении Страховщика. В случае отсутствия e-mail или номера мобильного телефона, а также отсутствия уведомления об их изменении в указанный срок Страхователь тем самым отказывается от получения кассовых чеков.
Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.) **Подпись**

СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) **Подпись**

everia life

ПРИ ЗАМЕНЕ СТРАХОВАТЕЛЯ

☐ **Прошу переоформить полис на мое имя, с Условиями договора согласен.**
В соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 №54-ФЗ «О Применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ» Страхователь уведомлен , что в случае не указания в Заявлении о страховании адреса электронной почты, все кассовые чеки и уведомления по договору страхования будут направлены на указанный мобильный телефон. Также Страхователь обязуется в срок не позднее месяца с даты изменения e-mail и/или номера мобильного телефона уведомить о данном изменении Страховщика. В случае отсутствия e-mail или номера мобильного телефона, а также отсутствия уведомления об их изменении в указанный срок Страхователь тем самым отказывается от получения кассовых чеков.
Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

Ф.И.О. нового Страхователя: **Подпись**

Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)
Ф.И.О. **Подпись**

2. ИЗМЕНЕНИЕ Ф.И.О., ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННОГО	**НОВЫЕ ДАННЫЕ**
Ф. И. О.	
ПОЛ: ☐ М ☐ Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ	
ПАСПОРТ/СВ-ВО О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ_ _ _ _ _ _ НОМЕР_ _ _ _ _ _ _ _ КОГДА _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	
КЕМ ВЫДАН	
ИНН (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	СНИЛС (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ТЕЛЕФОН (МОБ.)	ТЕЛЕФОН (ДОМ.) / E-MAIL

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

ИНДЕКС_ _ _ _ _ _	ОБЛАСТЬ (КРАЙ)		
РАЙОН	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)		
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА

Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)
Ф.И.О. **Подпись**

3. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНА ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ

☐ ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ ☐ ЗАМЕНУ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ

1. ДОЛЯ, %	Ф.И.О. / Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)
ДАТА РОЖДЕНИЯ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.	МЕСТО РОЖДЕНИЯ
ПАСПОРТ/СВ-ВО О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ _ _ _ _ НОМЕР_ _ _ _ _ _ КОГДА _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	
ПОЛ: ☐ М ☐ Ж	КЕМ ВЫДАН
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ	ГРАЖДАНСТВО
ИНН (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	СНИЛС (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ТЕЛЕФОН	E-MAIL
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	
2. ДОЛЯ, %	Ф.И.О.
ДАТА РОЖДЕНИЯ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.	МЕСТО РОЖДЕНИЯ
ПАСПОРТ/СВ-ВО О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ _ _ _ _ НОМЕР_ _ _ _ _ _ КОГДА _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ г КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	
ПОЛ: ☐ М ☐ Ж	КЕМ ВЫДАН
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ	ГРАЖДАНСТВО
ИНН (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	СНИЛС (при наличии) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ТЕЛЕФОН	E-MAIL
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	

ПРИ ЗАМЕНЕ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ

С заменой Выгодоприобретателя согласен:**Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18лет)**
Ф.И.О. **Подпись**

Для полисов «Солнышко» (LC):
☐ Отметить в случае, если Выгодоприобретателем на случай смерти или дожития Основного Застрахованного назначается Застрахованный Ребенок. В случае, если поле не отмечено, Выгодопроибретатель назначается только на случай смерти Основного Застрахованного.

ЖЕЛАЕМАЯ ДАТА ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ _ _ месяц прописью _ _ _ _ г.

Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе являются достоверными и разрешаю ООО СК «Эверия Лайф» использовать их для исполнения договора страхования.

ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ Ф.И.О. **Подпись**

ЗАПОЛНЯЕТСЯ АГЕНТОМ (страховым консультантом)

ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ г.	АГЕНТСТВО №

СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) **Подпись**

everia life

СТРАХОВАТЕЛЬ-ЮЛ Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)

Наименование организации (сокращенное)

Организационно правовая форма | Дата государственной регистрации _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.

ИНН (или код иностранной организации для нерезидента) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ОГРН (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ф. И. О. Представителя

ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ: ☐ УСТАВА ☐ ДОВЕРЕННОСТИ

№ _ _ _ _ _ _ _ _ от _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.

E-MAIL | ТЕЛЕФОН (МОБ.) | ТЕЛЕФОН (РАБ.)

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

ИНДЕКС_ _ _ _ _ _ | ОБЛАСТЬ (КРАЙ)

РАЙОН | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)

УЛИЦА | ДОМ | КОРПУС | КВАРТИРА

ТЕЛЕФОН (РАБ.) | ФАКС

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА ☐ ОТМЕТИТЬ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ СОВПАДАЕТ С АДРЕСОМ РЕГИСТРАЦИИ

ИНДЕКС_ _ _ _ _ _ | ОБЛАСТЬ (КРАЙ)

РАЙОН | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)

УЛИЦА | ДОМ | КОРПУС | КВАРТИРА

ТЕЛЕФОН (РАБ.) | ФАКС

СТРАХОВАТЕЛЬ-ИП Ф. И. О.

ПОЛ: ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г. | ОГРНИП (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента

ГРАЖДАНСТВО | СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

МЕСТО РОЖДЕНИЯ | Дата государственной регистрации _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ | НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС РЕГИСТРИРУЮЩЕГО ОРГАНА (ДЛЯ ИП)

НАИМЕНОВАНИЕ _____ СЕРИЯ _ _ _ _ НОМЕР _ _ _ _ _ _

КЕМ ВЫДАН

КОГДА_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ | ИНН ИП _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

МЕСТО РАБОТЫ | ФИО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ (с индексом) _____

ДОЛЖНОСТЬ | ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ:

E-MAIL | ☐ УСТАВА ☐ ДОВЕРЕННОСТИ

ТЕЛЕФОН (МОБ.) | № _ _ _ _ _ _ _ _ от _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.

ТЕЛЕФОН (РАБ.) | ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) _ _

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

ИНДЕКС_ _ _ _ _ _ | ОБЛАСТЬ (КРАЙ)

РАЙОН | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)

УЛИЦА | ДОМ | КОРПУС | КВАРТИРА

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА ☐ ОТМЕТИТЬ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ СОВПАДАЕТ С АДРЕСОМ РЕГИСТРАЦИИ

ИНДЕКС_ _ _ _ _ _ | ОБЛАСТЬ (КРАЙ)

РАЙОН | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)

УЛИЦА | ДОМ | КОРПУС | КВАРТИРА

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:
серия _ _ _ _ номер _ _ _ _ _ _ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _ _ _ _ номер _ _ _ _ _ _
Дата начала срока пребывания _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г. Дата окончания срока пребывания _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Г.

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?
☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите Должность_____
Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица_____
Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)?
☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите Степень родства_____
Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____
Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)
☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.) **Подпись**

СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) **Подпись**

к Заявлению на изменение данных Страхователя по договору №_____

Согласие Страхователя на обработку персональных данных

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» настоящим Страхователь дает ООО СК «Эверия Лайф» (адрес юридического лица: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1), являющемуся оператором персональных данных (далее - Страховщик), согласие на обработку его персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, на следующих условиях:

Страхователь дает согласие на обработку персональных данных: фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, пола, семейного положения, данных документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, гражданства, сведений о статусе резидента, налогового резидента, ИНН (TIN, иное), сведений о работе, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания), адреса фактического места жительства, номера телефона, адреса электронной почты, сведений о финансовом положении, сведений о статусе ИП, банковских реквизитов, иных данных, предоставленных Страхователем Страховщику в данном Заявлении и путем заполнения анкет, заявлений, деклараций, других документов, персональных данных, полученных от третьих лиц в процессе заключения и/или исполнения договора страхования, а также персональных данных, получение Страховщиком которых предусмотрено требованиями законодательства Российской Федерации.

Обработка персональных данных осуществляется в целях рассмотрения возможности заключения договора страхования, оценки страхового риска, заключения, изменения, исполнения и прекращения договора страхования, урегулирования убытков, включая предоставление Страховщиком информации и направление уведомлений, касающихся договора страхования, сбора статистической информации и ее анализа в соответствии с законодательством Российской Федерации, оценки качества оказания услуг, оценки качества взаимодействия с потребителями страховых услуг.

Страхователь дает согласие на поручение обработки, передачу персональных данных страховым агентам, а также иным лицам, перечень которых размещен на официальном сайте Страховщика https://www.everialife.ru (раздел Раскрытие информации – Обработка персональных данных) в целях рассмотрения возможности заключения договора страхования, оценки страхового риска, заключения договора страхования и исполнения предусмотренных им обязательств, а также для исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации.

Страхователь подтверждает, что выгодоприобретатели, в случае если сведения о них предоставлены Страхователем, уведомлены им об осуществлении обработки их персональных данных, указанных Страхователем в данном Заявлении, анкетах и иных документах, в целях заключения, изменения, исполнения и прекращения договора страхования, включая предоставление Страховщиком информации и направление уведомлений, касающихся договора страхования, урегулирования убытков.

Настоящее согласие действует с даты его предоставления до достижения цели обработки персональных данных.

Страхователь уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано им или его представителем путем направления Страховщику заявления в письменной форме по адресу юридического лица Страховщика.

Страхователь уведомлен, что Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных действующим законодательством.

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)

ДАТ А ПОДПИСЬ

Страхователь дает Страховщику согласие на обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, его персональных данных: фамилии, имени, отчества, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания), адреса фактического места жительства, номера телефона, адреса электронной почты, указанных Страхователем в данном Заявлении, а также в иных направленных Страховщику документах, сведений о выбранных продуктах, сервисах, услугах Страховщика, в целях продвижения товаров и услуг, информирования Страхователя о предлагаемых Страховщиком продуктах и услугах, направления предложений, приглашения на мероприятия, в том числе путем осуществления прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи.

Настоящее согласие действует в течение срока действия договора страхования и обязательств сторон по нему, а также в течение 5 лет со дня прекращения обязательств сторон по договору страхования.

Страхователь уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано им или его представителем путем направления Страховщику заявления в письменной форме по адресу юридического лица Страховщика.

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)

ДАТА ПОДПИСЬ

к Заявлению на изменение данных Застрахованного по договору №_____

Согласие Застрахованного на обработку персональных данных

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» настоящим Застрахованный дает ООО СК «Эверия Лайф» (адрес юридического лица: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1), являющемуся оператором персональных данных (далее - Страховщик), согласие на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, на следующих условиях:

Застрахованный дает согласие на обработку персональных данных: фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, пола, семейного положения, данных документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, гражданства, сведений о статусе резидента, налогового резидента, ИНН (TIN, иное), сведений о работе, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания), адреса фактического места жительства, номера телефона, адреса электронной почты, сведений о доходах, банковских реквизитов, сведений о состоянии здоровья, в том числе о наличии инвалидности и основаниях ее установления, сведений о заболеваниях, проведенном и проводимом лечении, информации о страховых случаях, иных данных, предоставленных Страхователем и/или Застрахованным Страховщику в данном Заявлении и путем заполнения анкет, заявлений, деклараций, других документов, персональных данных, полученных от третьих лиц в процессе заключения и/или исполнения договора страхования, а также персональных данных, получение Страховщиком которых предусмотрено требованиями законодательства Российской Федерации.

Обработка персональных данных осуществляется в целях рассмотрения возможности заключения договора страхования, оценки страхового риска, заключения, изменения, исполнения и прекращения договора страхования, урегулирования убытков, включая предоставление Страховщиком информации и направление уведомлений, касающихся договора страхования, сбора статистической информации и ее анализа в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Застрахованный дает согласие на поручение обработки, передачу персональных данных страховым агентам, а также иным лицам, перечень которых размещен на официальном сайте Страховщика https://www.everialife.ru (раздел Раскрытие информации – Обработка персональных данных) в целях рассмотрения возможности заключения договора страхования, оценки страхового риска, заключения договора страхования и исполнения предусмотренных им обязательств, а также для исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации.

Настоящее согласие действует с даты его предоставления до достижения цели обработки персональных данных.

Застрахованный уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано им или его представителем путем направления Страховщику заявления в письменной форме по адресу юридического лица Страховщика.

Застрахованный уведомлен, что Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных действующим законодательством.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ (Ф.И.О.)

ДАТА	ПОДПИСЬ

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЗАСТРАХОВАННОГО
(если Застрахованный моложе 18 лет) (Ф.И.О полностью)

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	СЕРИЯ	НОМЕР	ДАТА ВЫДАЧИ
КЕМ ВЫДАН			
ДАТА		ПОДПИСЬ	

Застрахованный дает Страховщику согласие на обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, его персональных данных: фамилии, имени, отчества, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания), адреса фактического места жительства, номера телефона, адреса электронной почты, указанных Страхователем и/или Застрахованным в данном Заявлении, а также в иных направленных Страховщику документах, в целях продвижения товаров и услуг, информирования Застрахованного о предлагаемых Страховщиком продуктах и услугах, направления предложений, приглашения на мероприятия, проведения опросов для оценки качества услуг, в том числе путем осуществления прямых контактов с Застрахованным с помощью средств связи.

Настоящее согласие действует в течение срока действия договора страхования и обязательств по нему, а также в течение 5 лет со дня прекращения обязательств сторон по договору страхования.

Застрахованный уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано им или его представителем путем направления Страховщику заявления в письменной форме по адресу юридического лица Страховщика.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ (Ф.И.О.)

ДАТА	ПОДПИСЬ

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЗАСТРАХОВАННОГО
(если Застрахованный моложе 18 лет) (Ф.И.О полностью)

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	СЕРИЯ	НОМЕР	ДАТА ВЫДАЧИ
КЕМ ВЫДАН			
ДАТА		ПОДПИСЬ	