КАПИТАЛ LIFE
СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Заявление о подключении/отключении Кабинета Клиента

Дата приёма заявления «_____»_____20____г. Ф.И.О. сотрудника_____

☐ Отдел сопровождения ☐ Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись_____

Страховой полис/Договор* № | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

от «_____»_____20____г.

Страхователь:

Фамилия

Имя **Отчество**

Тел. мобильный 8 -

E-mail @ **Телефон** 8 -

☐ Прошу подключить мне Кабинет Клиента**

☐ Прошу отключить Кабинет Клиента

* Указывается номер одного из действующих Договоров страхования жизни.
** Я предупреждён (-на) о том, что несу личную ответственность за сохранность своего логина и пароля для доступа в систему «Кабинет клиента».

Я, Страхователь, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым не противоречащим российскому законодательству способом как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, полученных Страховщиком законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров. Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.

Страхователь _____/_____ Дата «_____»_____20____г.
подпись Ф.И.О.

Представитель Страховщика _____/_____ Дата «_____»_____20____г.
подпись Ф.И.О.