

В соответствии со ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, подписывая настоящее Соглашение, подтверждаю:

В настоящее время: возраст Застрахованного(-ых) лица (лиц) превышает 1 год; Застрахованное(-ые) лицо (лица) не является(-ются) инвалидом(-ами) и не имеет(-ют) действующего направления на медико-социальную экспертизу, и не являлся (-лись) инвалидом(-ами) ранее не прошедшим очередное переосвидетельствование; Застрахованное(-ые) лицо (лица) не страдает(-ют) и не страдало(-ли) ранее психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами, алкоголизмом; Застрахованное(-ые) лицо (лица) не принимает(-ют) и не принимало(-ли) ранее наркотические, токсические, психотропные, сильнодействующие вещества без предписания врача; Застрахованное(-ые) лицо (лица) не состоит(-ят) и ранее не состояло(-ли) на учете, не получает(-ют) и не получало(-ли) ранее лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом диспансере; Застрахованное(-ые) лицо (лица) не находится(-ятся) на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании и не нуждается(-ются) в постоянном уходе по состоянию здоровья; Застрахованное(-ые) лицо (лица) не больны СПИДом и не инфицировано(-ы) вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); Застрахованное(-ые) лицо (лица) не находится(-ятся) под следствием и не осуждено(-ены) к лишению свободы; характер профессиональной деятельности Застрахованного(-ых) не связан со следующими профессиями и/или работами: инкассаторы, и водители инкассаторских машин; водители бензовозов; дозиметристы; работники, работающие с взрывоопасными, ядовитыми, отравляющими веществами в лабораторных условиях; операторы и машинисты оборудования по производству и хранению боеприпасов и взрывчатых веществ; участвующие в подготовке и проведении взрывных работ (запальщики); промышленные альпинисты; летчики-испытатели; профессиональные охотники; спелеологи; артисты цирка (в том числе акробаты, дрессировщики диких животных) и балета; каскадёры; работники атомной промышленности; профессиональные спортсмены.

Я, Страхователь, подписывая настоящее Соглашение, подтверждаю, что возраст Застрахованного(-ых) лица (лиц) при страховании на условиях программы страхования «Контроль над ситуацией: ОНЛАЙН» будет составлять не более 65 лет на момент окончания договора страхования.

Я, Страхователь, уведомлён и согласен с тем, что Договор страхования считается незаключённым, если совокупная страховая сумма (с учетом всех договоров страхования, заключенных и/или заключаемых со Страховщиком, в том числе по страхованию жизни) для каждого Застрахованного лица по страховым рискам «Телесные повреждения» и/или «Телесные повреждения Застрахованного» превысит 1 000 000 (Один миллион) рублей, а по страховому риску «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного» - 2 500 000 (Два миллиона пятьсот тысяч рублей).

Я, утверждаю, что сведения, приведенные выше, соответствуют действительности, и я понимаю, что характер этих сведений является основанием для заключения Договора страхования между мной и ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни». Я понимаю и согласен с тем, что ложные сведения, если они приведены мною выше, а также сокрытие фактов, касающихся нарушений здоровья Застрахованного(-ых) лица (лиц), дают Страховщику право отказать в страховой выплате.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» я подтверждаю свое согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщику) и лицам, действующим по его поручению, на обработку персональных данных Страхователя/Застрахованного (-ых) лица (-ц), содержащиеся в Договоре страхования и иных документах: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; пол; гражданство; профессия (специальность), паспортные данные, место жительства, номер телефона; адрес электронной почты; сведения о состоянии здоровья) переданных для заключения договора страхования. Я предоставляю право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание,

блокирование, уничтожение, включение в электронные базы данных, в целях проверки качества оказания страховых услуг, урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, а также передачу персональных данных перестраховочным компаниям и иным третьим лицам для целей перестрахования. Я подтверждаю получение согласия от Застрахованного (-ых) лица (-ц) на обработку вышеуказанных персональных данных Страховщиком и передачу таких данных Страховщику.

Согласие даётся с даты подписания настоящего Согласия по дату истечения пятилетнего срока с момента окончания (прекращения) или исполнения договора страхования. Согласие может быть отозвано путём направления письменного заявления в адрес Страховщика.

Я, Страхователь, желаю получить электронную версию Договора страхования (Полиса) на электронный адрес, указанный при оформлении договора.

Я, Страхователь, выражаю свое согласие на получение моей простой электронной подписи (логин, пароль) по телефону или email, указанным в настоящем Согласии.

Страхователь, использующий ключ простой электронной подписи, обязан: обеспечивать его конфиденциальность, в частности не допускать использование принадлежащих ему ключей электронных подписей без его согласия; уведомлять Страховщика о нарушении конфиденциальности ключа электронной подписи в течение не более чем одного рабочего дня со дня получения информации о таком нарушении; не использовать ключ квалифицированной электронной подписи при наличии оснований полагать, что конфиденциальность данного ключа нарушена.

Я, Страхователь, даю свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе Застрахованных лиц по Договору страхования.

Я, Страхователь, подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ, а также их супругом(-ой), близким родственником (родителем, ребенком, дедушкой, бабушкой, внуком(-чкой), братом, сестрой (полнородными и неполнородными), усыновителем и усыновленным).

Я, Страхователь, подтверждаю, что не имею иного бенефициара (бенефициарного владельца). Бенефициар (бенефициарный владелец) физического лица – лицо, прямо или косвенно контролирующее действия этого физического лица, в том числе имеющее возможность определять решения, принимаемые этим физическим лицом. Бенефициаром (бенефициарным владельцем) клиента - физического лица считается само это физическое лицо, если нет основания считать иное физическое лицо его бенефициаром.

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно - в обязательном порядке дополнительно заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствии дисклеймерам».

Для иностранных граждан также в обязательном порядке необходимо заполнить соответствующий раздел в форме «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствии дисклеймерам».

В случае подписания договора страхования /полиса представителем Страхователя, а также при наличии бенефициара - по ним необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».