

Продающая структура	Код сотрудника	Фамилия сотрудника	Единицы
---------------------	----------------	--------------------	---------

<input type="checkbox"/> Новый полис	<input type="checkbox"/> Замена полиса №	Экземпляр «ОСЖ "РЕСО-Гарантия"»
--------------------------------------	--	---------------------------------

Валюта договора страхования (полиса) – российские рубли/RUR

СТРАХОВАТЕЛЬ-ЗАЯВИТЕЛЬ		Ф.И.О. (для физ. лиц) / Наименование организации (для юр. лиц)	
Индекс	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Адрес _____ <small><i>область, (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира</i></small>	Гос. рег. № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ИНН _____	E-mail _____	Дата рождения <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.	Пол. муж. <input type="checkbox"/> / жен. <input type="checkbox"/>
Паспорт _____ <small><i>серия номер</i></small>	Семейное положение _____	Тел. моб. _____	Тел. дом. _____
Профессия:			Актуарный возраст <input type="text"/> <input type="text"/>

ЗАСТРАХОВАННЫЙ Ф.И.О.	По основному тарифу и риску «Инвалидность» (если отмечено)	
	По дополнительному тарифу по риску «Травма»	

Индекс
Адрес _____
область, (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

ИНН _____ **E-mail** _____ **Дата рождения** г. **Пол.** муж. ☐ / жен. ☐

Паспорт _____ **Семейное положение** _____ **Тел. моб.** _____ **Тел. дом.** _____
серия номер

Профессия: _____ **Актуарный возраст**

Страховые риски по тарифу (название тарифа)	Страховая сумма	Разовый страховой взнос (исходя из выбранного порядка оплаты)	Годовой страховой взнос
Основному			
Дополнительному: •Травма/увечье			
•Инвалидность в результате несчастного случая			
ИТОГО			

Порядок оплаты страховой премии

☐ единовременно
☐ ежемесячно
☐ ежеквартально
☐ раз в полгода ☐ ежегодно

Срок действия полиса лет с 00 часов « » 20 г. по 00 часов « » 20 г.

Ф.И.О. / Название юр. лица	Адрес, паспортные данные / ИНН юр. лица	Дата рождения	Степень родства/отношение с Застрахованным	Риск	% страховой суммы

Я, Заявитель, и я, Застрахованный,

- На основании ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разрешаю лечебному учреждению или врачу и любому другому учреждению, предприятию, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, сообщить эту информацию в страховую компанию ООО «ОСК «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянию здоровья и диагнозов, и иные сведения, составляющие врачебную тайну.
- обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить Страховщику в предусмотренные Договором или Правилами страхования сроки (только для Застрахованного).
- даю согласие ООО «ОСК «РЕСО-Гарантия» на обработку моих персональных данных, в том числе специальных ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление изменение использование обезличивание блокирование

ние, уничтожение), сообщенных мной при оформлении Заявления на страхование и Договора страхования, в том числе в целях оповещения меня об услугах и/или предложениях ООО «ОСК» «РЕСО-Гарантия» и СПАО «РЕСО-Гарантия» посредством e-mail и/или sms-сообщений. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора, а также в течение 25 лет после прекращения его действия.) Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в СПАО «РЕСО-Гарантия», в медицинские учреждения и перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, а также получать от этих учреждений данные обо мне, передача моих ПД третьим лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Подпись Застрахованного
совершеннолетнего лица (если оно не является Страхователем)

