

Уважаемый клиент!

Соглашаясь продолжить оформление страхового Полиса, Вы, являясь Страхователем по Договору (Полису) подтверждаете, что Застрахованный:

- Не является профессиональным спортсменом (в соответствии с Федеральным законом «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 04.12.2007 № 329-ФЗ профессиональный спорт – часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату (п. 11 ст. 2));
- Не участвует в попытках установления рекорда.

Страховыми признаются события, если они наступили во время занятий видами спорта, указанными в страховом Полисе.

Также Вы подтверждаете, что Застрахованный:

- В настоящее время и ранее не имел группы инвалидности, врожденных аномалий;
- Не находится в изоляторе временного содержания или других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, не является лицом, отбывающим наказание в местах лишения свободы;
- В настоящее время не проходит службу в вооруженных силах;
- Не является носителем ВИЧ, больным СПИДом, гепатитом С; не консультировался, не лечился и не находился под арестом в связи с употреблением алкоголя и/или наркотиков;
- Не страдает психическими заболеваниями (паралич, эпилепсия, слабоумие и другие тяжелые расстройства нервной системы), сахарным диабетом III степени (тяжелая форма), гемофилией, хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (например, гипертоническая болезнь III степени, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт, инсульт и т. п.), злокачественными образованиями, тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата (потеря конечности или ее части и заболевания конечностей или позвоночника) и тяжелыми нарушениями зрения (например, миопия свыше 8 диоптрий, катаракта, глаукома, отслойка сетчатки), слуха (снижение слуха на одно или на оба уха (шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м)), не выкуривает более 30 сигарет в день, не употребляет алкоголь ежедневно.

Вы подтверждаете достоверность представленных сведений и информированы о том, что предоставление Вами неполных и/или ложных сведений, равно, как и отказ в предоставлении информации, является умышленным предоставлением заведомо ложной информации, что может повлечь за собой признание Договора страхования недействительным, при этом Страховщик освобождается от обязательств по данному Полису и все произошедшие события будут являться нестраховыми.

Вы заявляете, что получили полную информацию об условиях страховой программы, предусмотренной настоящим Договором (Полисом). Условия Договора страхования, не указанные в данном Заявлении и самом Полисе, в полном объеме отражены в Правилах страхования, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования.

Действуя как Страхователь и представитель Застрахованного лица, Вы подтверждаете следующее:

- Собственное согласие и наличие действительного согласия Застрахованного на обработку Страховщиком персональных данных;
- Страхователь и Застрахованный надлежащим образом ознакомлены и согласны с текстом и условиями «Правил страхования от несчастных случаев и болезней ООО СО «ВЕРНА», утвержденными Приказом № 196 от 21.05.2018;
- Стороны Договора страхования, руководствуясь ч. 2 ст. 434 Гражданского кодекса Российской Федерации, достигли соглашения о признании Договора страхования (Полиса) заключенным в письменной форме посредством электронной связи;
- Согласие третьих лиц на передачу и обработку их персональных данных ООО СО «ВЕРНА» Вами получено в порядке, предусмотренном Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных»;
- Также Вы подтверждаете свое согласие и согласие Застрахованного на получение информации, в том числе информации о новых продуктах и услугах ООО СО «ВЕРНА» с использованием персональных данных, указанных при оформлении Договора страхования (Полиса).

В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи» страховой Полис, направляемый Страхователю после оплаты страховой премии будет подписан квалифицированной электронной подписью Страховщика и признается сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью представителя ООО СО «ВЕРНА».

В соответствии с настоящим соглашением и Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 Вы предоставляете ООО СО «ВЕРНА» собственное согласие и согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных в целях исполнения настоящего Договора (Полиса), осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах в статистических и иных законных целях (включая, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, осуществление иных действий с учетом действующего законодательства) сроком на 5 (пять) лет с даты выдачи настоящего согласия.

Вы заявляете, что я в соответствии с п. 3 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011, разрешаю любому врачу (специалистам) поликлиники, больницы, бюро медико-социальной экспертизы или другим медицинским работникам из любых медицинских организаций и учреждений передавать ООО СО «ВЕРНА» имеющуюся информацию об истории моего заболевания, истории болезни Застрахованного, физическом и психическом состоянии, факте обращения за медицинской помощью, диагнозе заболеваний, назначенном и полученном лечении, прогнозе развития заболеваний, и иные сведения, полученные при обследовании и лечении. Подтверждаю свое согласие и согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных о состоянии здоровья, а именно на их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение.