|  |
| --- |
| **Программа – Родич (вік 18-60):** |

Голові Правління **ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес»**

Кушніру В.М.

Члена родини працівника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ім’я |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| По батькові |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ідентифікаційний номер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЗАЯВА НА СТРАХУВАННЯ**

Прошу застрахувати мене на умовах програми «Стандарт \_\_\_» та згідно Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» з «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. та укласти відповідний договір страхуваннязгідно зазначених умов страхування.

Повідомляю, що я є чоловік/дружина або батько/мати або дитина (необхідне підкреслити), а саме:

ПІБ працівника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ідентифікаційний код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер картки Застрахованої особи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З умовами та Правилами страхування ознайомлений.Даю згоду на обробку моїх персональних даних згідно вимог чинного законодавства України.

**Мені не призначена інвалідність будь-якої категорії. Я повідомлений про часову франшизу 2 міс. з дня зарахування мене до списків Застрахованих осіб.**

Додатково про себе повідомляю:

Паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата видачі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ДОРУЧЕННЯ НА ПЕРЕРАХУВАННЯ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Працівника**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ім’я |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| По батькові |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ідентифікаційний номер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЗАЯВА-ДОРУЧЕННЯ**

На підставі особистої згоди (заяви на страхування) члена моєї родинина добровільне медичне страхування в ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес», прошу керівництво

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** про наступне:

1. Здійснювати стосовно члена моєї родини

ПІБ родича \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ідентифікаційний код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

функції Страхувальника та укласти стосовно нього договір добровільного медичного страхування з ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» шляхом внесення цього члена моєї родини до списку застрахованих осіб за Договором добровільного медичного страхування **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Договір страхування), укладеного між ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» (Страховик) та \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Страхувальник) на умовах Програми ДМС «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» з «01» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ р.

1. На забезпечення виконання Страхувальником умов Договору страхування протягом терміну його дії щомісячно вносити (перераховувати) Страховику страхові платежі в розмірі \_\_\_\_\_\_\_грн 00 коп. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грн. 00 коп.) на умовах, визначених Договором страхування, шляхом відрахування з моєї заробітної плати, та вести облік відрахованих (утриманих) і перерахованих страхових платежів.
2. У випадку мого звільнення прошу виключити зазначеного в цій заяві-дорученні члена моєї родини зі списку застрахованих осіб за Договором страхування, або, за згодою сторін Договору страхування чи отримання цим членом моєї родини страхового відшкодування за Договором страхування, прошу відрахувати залишок суми річного страхового платежу за Договором страхування із збереженням за цим членом моєї родини статусу Застрахованої особи до кінця терміну дії Договору страхування.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, даю згоду **Приватному акціонерному товариству «Страхова компанія «ІнтерЕкспрес» та \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (надалі - Володільці)на обробку моїх персональних даних та включення їх до бази персональних даних Володільців у розумінні Закону України від 01.06.2010 р., № 2297-VI «Про захист персональних даних» на таких умовах:

1. Персональні дані оброблятимуться з метою ведення діловодства, підготовки відповідно до вимог законодавства статистичної, адміністративної та іншої інформації з питань здійснення страхової діяльності, а також внутрішніх документів підприємства з питань реалізації визначених чинним законодавством України прав та обов’язків страхувальників тощо відповідно до Цивільного кодексу України від 16.01.2003 р., № 435-IV, Господарського кодексу України від 16.01.2003 р., № 436-IV, Закону України вiд 07.03.1996 р., № 85/96-ВР «Про страхування», Закону України від 01.06.2010 р., № 2297-VI «Про захист персональних даних», Закону України від 28.11.2002 р., № 249-IV «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», Постанови Кабінету Міністрів України від 06.06.2012 р., № 546 «Про затвердження Положення про електронний реєстр пацієнтів» тощо.

2. Володільцями оброблятимуться такі персональні дані: прізвище, ім’я та по батькові; серія та номер паспорта (чи іншого документа, що підтверджує особу), ким та коли виданий документ, що підтверджує особу суб’єкта персональних даних; реєстраційний номер облікової картки платника податків; дата народження; місце проживання та реєстрації; стан здоров’я; інша інформація, необхідна для досягнення мети обробки персональних даних Володільцем.

3. Володільці (разом та кожний окремо) здійснюватимуть обробку персональних даних, а саме такі дії: збирання, реєстрація, накопичення, зберігання, адаптування, зміна, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізація, передача), знеособлення, знищення персональних даних, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих) систем тощо.

4. Персональні дані передаватимуться медичним закладам, закладам охорони здоров’я, асистуючим компаніям та іншим особам визначеним чинним законодавством України в процесі здійснення страхової діяльності Володільця.

Відмовляюся від письмового повідомлення про включення моїх персональних даних до баз персональних даних Володільців та від повідомлення мене Володільцями (разом та кожний окремо) про передачу моїх персональних даних третім особам.

Згода дається на термін, необхідний для досягнення мети зазначеної в п. 1 і може бути відкликана за письмовою заявою, направленою Володільцям.

З положеннями Закону України від 01.06.2010 р., № 2297-VI «Про захист персональних даних», в тому числі, але не виключно, зі ст. 8 «Права суб’єкта персональних даних», ознайомлений.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.**

**(ПІБ, підпис)**