



INSURANCE COMPANY

T I T

Тел./факс: +7 (495)967-86-12
(многоканальный)

Заявление на добровольное медицинское страхование

Приложение ____ к Договору (Полису) № _____ от "___" _____ 20__ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ	
ФИО	
документ, удостоверяющий личность	
сведения о регистрации проживания	
номер мобильного телефона	E-mail
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО	
ФИО	
дата рождения	
документ, удостоверяющий личность	
сведения о регистрации проживания	
НАИМЕНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (дать описание)	
МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (указать наименование, адрес)	
СТРАХОВАЯ СУММА	() руб.
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ (указать)	
СРОК ДЕЙСТВИЯ договора (полиса) страхования (по московскому времени)	с 00.00. часов "___" _____ 20__ г. до 24.00. часов "___" _____ 20__ г.
НАЧАЛО И ОКОНЧАНИЕ действия страхования (отметить)	<input type="checkbox"/> с 00 часов <i>пятого дня</i> , следующего за днем оплаты страховой премии до 24 часов дня окончания договора страхования <input type="checkbox"/> иное (указать)

Подписывая настоящее Заявление Страхователь:

подтверждает, что все сведения, указанные в настоящем Договоре (Полисе) и приложениях к нему, являются полными и достоверными. В случае, если Страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения при оформлении настоящего Договора (Полиса), Страховщик вправе потребовать признания настоящего Договора (Полиса) недействительным в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

В соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ (далее по тексту – Закон) Страхователь предоставляет ООО "СК "ТИТ" (местонахождение Россия, 115088, г. Москва, 2-й Южнопортовый проезд, д. 18, стр. 8) свое согласие на обработку персональных данных (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес), производимую для целей исполнения обязанностей по настоящему Договору (Полису), в том числе путем их сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу партнерам ООО "СК "ТИТ", обеспечивающим конфиденциальность персональных данных), обезличивания, блокирования, уничтожения, осуществление иных действий с учетом действующего законодательства включая все операции с персональными данными предусмотренные п.3 ст. 3 Закона на срок действия настоящего Договора (Полиса) и в течение 5 (пяти) лет с даты его прекращения. При этом такое согласие может быть отозвано в любое время, путем передачи в ООО "СК "ТИТ" соответствующего уведомления. Страхователь также подтверждает, что он получил согласие третьих лиц на передачу и обработку их персональных данных, указанных в настоящем оговоре (Полисе), ООО "СК "ТИТ" в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ "О персональных данных".

Страхователь подтверждает, что на момент заключения настоящего Договора (Полиса) Застрахованное лицо не является в настоящее время инвалидом и документы на установление группы инвалидности не подавал, не состоит на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансере, а также по запросу Страховщика предоставляет ему Анкету Застрахованного лица и выписку из медицинской карты Застрахованного лица, заверенной лечебным учреждением).

Страхователь подтверждает, что при заключении настоящего Договора (Полиса) ему была предоставлена и разъяснена следующая информация согласованная Сторонами способом: об условиях заключения договора страхования, включая объект страхования, перечень страховых случаев (рисков) и исключений из него; условиях страховой выплаты, включая данные о перечне документов на выплату; об условиях, влияющих на размер страховой премии, способах и порядке ее оплаты, последствиях неуплаты страховой премии, размере страховой премии; условиях, которые могут повлечь отказ в страховой выплате или сокращение ее размера; об условиях и порядке возможного возврата страховой премии при отказе либо расторжении договора страхования, включая право на отказ от договора в течение 14 календарных дней с даты его заключения согласно Указанию ЦБ РФ № 3854-У от 20.11.2015; о сроках рассмотрения заявлений о страховой выплате и случаях их возможного продления; о принципах расчета размера убытков; о праве получить текст Правил страхования в бумажном виде.

Страхователь также подтверждает, что проинформирован о способах и порядке подачи заявлений в устной и письменной форме Страховщику (его уполномоченному представителю); с адресами мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая; о праве на досудебный порядок разрешения споров, включая подачу претензии (жалобы) в письменной форме Страховщику и обращения к финансовому уполномоченному в порядке, предусмотренном Федеральным законом № 123-ФЗ от 04.06.2018 "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг". Обращение в письменной форме можно направить:

- Страховщику по почте по адресу Россия, 115088, г. Москва, 2-й Южнопортовый проезд, д. 18, стр. 8 , по E-mail: info@titins.ru либо путем заполнения соответствующей формы на сайте Страховщика www.titins.ru;
- к финансовому уполномоченному – www.finombudsman.ru;
- во Всероссийский союз страховщиков – www.ins-union.ru, приложив к обращению необходимые документы и сведения, либо на почтовый адрес: 115093, г. Москва, ул. Люсиновская, д. 27, стр. 3;
- в Банк России через интернет-приемную на официальном сайте Банка России – www.cbr.ru, приложив к обращению необходимые документы и сведения, либо на почтовый адрес: 107016, г. Москва, ул. Неглинная, д. 12.

Прошу заключить договор (полис) добровольного медицинского страхования в соответствии с вышеприведенными сведениями.

Подтверждаю, что все сведения, указанные в настоящем Заявлении и приложениях к нему, являются полными и достоверными. Настоящее Заявление является неотъемлемой частью договора (полиса) страхования.

Обязуюсь сообщать Страховщику в письменной форме обо всех изменениях в сведениях, приведенных в настоящем Заявлении и приложениях к нему.

С Памяткой, Условиями договора (полиса) страхования и "Правилами добровольного медицинского страхования" утвержденными ООО "СК "ТИТ" 17.04.2019. ознакомлен, согласен, экземпляр получил.

Подпись Страхователя

" __ " _____ 20__ г.

(расшифровка подписи)