Первичная общественная профсоюзная организация работников Кольской АЭС (ИНН 5117100077)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения)

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

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

(подразделение, табельный номер)

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

(мобильный номер телефона )

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу заключить в отношении меня договор страхования в ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (ИНН 7706548313) по следующим страховым случаям: в случае телесных повреждений (травма, случайное острое отравление) в результате несчастного случая; при получении инвалидности 1,2,3-й группы в результате несчастного случая; в случае летального исхода в результате несчастного случая.

Мне разъяснено и понятно, что Правила страхования на которых заключается Договор страхования доступны в открытом доступе на сайте KAPLIFE.ru.

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

(дата) (подпись)

**СОГЛАСИЕ**

В соответствии со [ст. 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422875&dst=100278&field=134&date=26.03.2024) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" **д**аю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, а также передачу (предоставление, доступ) Обществу с ограниченной ответственностью «Капитал Лайф Страхование Жизни» (расположенному по адресу: г. Москва Кадашевская набережная, д. 30) (далее - страховая компания), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Мои персональные данные, в отношении которых дано согласие, включают:

Фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; возраст; сведения о месте работы и занимаемой должности; контактный телефон.

ПОПО имеет право передать мои персональные данные страховой компании в виде бумажных документов, с использованием машинных носителей информации, а также по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

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

(дата) (подпись)