

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Я, Застрахованное лицо, подписывая Договор страхования, подтверждаю, что мой возраст в настоящее время превышает 18 и будет составлять менее 70 лет на момент окончания договора страхования. Подтверждаю, что я не являюсь инвалидом, мне никогда ранее не назначалась группа инвалидности, не имею оснований (в том числе оформленных соответствующим документом – направлением на МСЭ) для назначения группы инвалидности. Я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансере; не нахожусь под следствием или в местах лишения свободы. Моя профессиональная деятельность не связана с повышенным риском (работа на высоте 15 м и выше, на воде, под водой, под землей, с горючими, взрывчатыми, химическими, радиоактивными веществами, с источниками электрического тока высокого напряжения, с использованием огнестрельного оружия). Я утверждаю, что сведения, приведенные выше, соответствуют действительности, и я понимаю, что характер этих сведений является основанием для заключения Договора страхования между Страхователем и Страховщиком. Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь и исследовавшим состояние моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах. С условиями Полиса добровольного страхования граждан от несчастных случаев «СТАБИЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ» и приложений к нему ознакомлен(а) и согласен(согласна). С назначением Выгодоприобретателя (-ей) согласен(согласна).

Я даю свое согласие на обработку персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе (в интересе субъекта персональных данных) на условиях, изложенных в разделе 21 Условий договора добровольного страхования граждан от несчастных случаев «СТАБИЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ».