



Номер  
договора

## Декларация Заявителя

Я (Страхователь, Застрахованный) даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, биометрических персональных данных (в том числе данных, составляющих врачебную тайну), в целях заключения и исполнения Договора в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», на передачу, распространение, доступ (в том числе трансграничную передачу) моих персональных данных страховому агенту, заключившему и сопровождающему Договор, уполномоченным работникам и агентам Агента, лицам, входящим в один банковский холдинг с Агентом/аффилированным лицам Агента, третьим лицам, в том числе привлеченным Агентом в целях исполнения возложенных на него обязанностей, аудиторам, актуариям и перестраховщикам, ассистанским компаниям и лечебно-профилактическим учреждениям для целей осуществления Страховщиком страховой деятельности, страховым организациям, входящим в одну страховую группу со Страховщиком с целью продвижения их страховых услуг.

Если получатель выплаты по риску дожитие не является Страхователем, его близким родственником или членом его семьи (родители, дети, дедушка, бабушка, внуки, брат, сестра) из страховой выплаты удерживается налог на доходы физических лиц (ст. 213 НК РФ).

**Я, Заявитель, подтверждаю справедливость утверждений Декларации по отношению ко мне.**

(Подпись Заявителя)

Заявление  
принял

(Должность, ФИО)

Дата

(Подпись)