ООО СК «Альянс Жизнь»
Адрес: Российская Федерация, 115184, Москва, Озерковская наб., д. 30
Телефон: +7 (495) 232-0100

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА №1.1.
персональных данных физических лиц
к Договору страхования №□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ от □□.□□.□□□□г.

(далее – Договор)

Отдельная «Дополнительная анкета персональных данных физических лиц» (далее анкета) заполняется на каждого субъекта персональных данных по Договору.

Данная анкета заполняется полностью в связи с внесением изменений в Федеральный закон от 07.08.2001 г. N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" для обязательной повторной идентификации клиентов финансовых организаций.

В случае изменения каких-либо данных представленных ранее, необходимо отметить это справа в поле □.

Раздел 1. Персональные данные физического лица, заполняющего анкету (возможно несколько вариантов):

□ **Страхователя** □ **Застрахованного** □ **Законного представителя Застрахованного (ребенка)**

□	**Ф.И.О.**	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Раздел 2. Персональные данные Застрахованного – ребенка

Данный раздел заполняется законным представителем, указанным в разделе 1, представляющим ребенка на основании

☐ Свидетельства о рождении	☐ Наименование документа _____ Выдан _____ Дата выдачи ☐☐.☐☐.☐☐☐☐г. Наименование выдавшего органа

☐	**Ф.И.О.**	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	**Гражданство**	
☐	**Паспорт/ свидетельство о рождении** (не заполняется при предоставлении копии документа)	Наименование документа ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Серия ☐☐☐☐ № ☐☐☐☐☐☐ Выдан _____ _____ Наименование выдавшего органа Дата выдачи ☐☐.☐☐.☐☐☐☐г. Код подразделения ☐☐☐-☐☐☐			

2.1. Основные данные

Дата рождения		☐☐.☐☐.☐☐☐☐г.
☐	**Адрес постоянной регистрации (прописки)**	☐ - совпадает с адресом постоянной регистрации п.1.1 ☐ - иной: _____ _____ _____
☐	**Адрес места жительства/ Фактический адрес проживания**	☐ - совпадает с адресом постоянной регистрации п.2.1 ☐ - иной: _____ _____ _____

2.2. Данные иностранных граждан или лиц без гражданства

☐	**Данные миграционной карты**	Серия		№	
		Дата начала	☐☐.☐☐.☐☐☐☐г.	Дата окончания	☐☐.☐☐.☐☐☐☐г.
☐	**Данные документа, подтверждающего право на пребывание в РФ**	Серия		№	
		Дата начала	☐☐.☐☐.☐☐☐☐г.	Дата окончания	☐☐.☐☐.☐☐☐☐г.

2.3. Данные о занимаемых должностях

Законный представитель Застрахованного - ребенка подтверждает, что Застрахованный – ребенок не является родственником иностранного публичного должностного лица*: ребенком, внуком, полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновленным).

* "иностранное публичное должностное лицо" означает любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.

При несогласии законного представителя Застрахованного - ребенка с указанным в подразделе 2.3 утверждением предоставляется уточняющая информация:

Раздел 3. Согласие на обработку персональных данных

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю ООО СК «Альянс Жизнь», юридический адрес: Российская Федерация, 115184, Москва, Озерковская наб., д. 30 согласие на обработку персональных данных:

☐ своих персональных данных,

☐ персональных данных ребенка, указанного в разделе 2,

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю ООО СК «Альянс Жизнь», юридический адрес: Российская Федерация, 115184, Москва, Озерковская наб., д. 30 (далее – Страховщик), согласие на обработку моих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, социального положения, имущественного положения, образования, профессии, доходах, состоянии здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных Страховщика для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования и информационных рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по страхованию.

Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика в ОАО СК «Альянс», ООО «Мондиаль Ассистанс», в Allianz SE, Gen Re, Swiss Re, ООО "Савитар Груп", Allianz Business Services, spol. s r.o. (ABS), SAP, иным провайдерам в целях перестрахования рисков или оказания услуг, предусмотренных Договором страхования, или хранения базы данных Страховщика в соответствии с требованиями законодательства РФ, использование персональных данных в целях включения в клиентскую базу данных группы компаний Альянс, участия в маркетинговых, рекламных акциях.

Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения договора страхования,

включая период хранения данных по договорам страхования (хранение на период 25 лет с момента окончания срока действия договора страхования, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ).

Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу ООО СК «Альянс Жизнь».

Застрахованный дает свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами, медицинскими и иными учреждениями (организациями), имеющими сведения о физическом и психическом состоянии здоровья, об истории заболевания, об обстоятельствах и причинах (в том числе возможных причинах) наступления страхового случая, наличии иных договоров личного страхования и разрешают Страховщику использовать эту информацию. Застрахованный разрешает любому врачу любого медицинского учреждения, а также иным лицам, имеющим информацию о состоянии здоровья Застрахованного, о результатах объективных исследований и исследований биологических материалов Застрахованного, а также об истории болезни (болезней) Застрахованного, диагнозе, лечении и прогнозе предоставлять эту информацию по запросу ООО СК «Альянс Жизнь».

Дата	□□.□□.□□□□ г.	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка подписи)