

Контактная информация клиента для корреспонденции



MetLife Alico

№ полиса/полисов*

Сведения о Страхователе*

Фамилия*

Имя*

Отчество*

Дата рождения*

Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

Индекс*

--	--	--	--	--	--

Область

Район

Город*

Адрес для

корреспонденции* Улица

Дом

Корпус

Квартира

Телефон домашний*

8	код									№									
---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Телефон рабочий*

8	код									№									
---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Телефон мобильный №1*

8	код									№									
---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Телефон мобильный №2

8	код									№									
---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail №1*

	@	
--	---	--

E-mail №2

	@	
--	---	--

Семейное положение*

Количество детей*

Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», я предоставляю ЗАО «АЛИКО» право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу и трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству, способом (в том числе без использования средств автоматизации) всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии моего здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, а также в целях предоставления мне с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок моей жизни и может быть отозвано мной в любой момент времени после окончания срока действия Договора страхования путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления. Настоящим я даю свое согласие получать информацию от ЗАО «АЛИКО» и его партнеров, в том числе по сетям электросвязи (телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте и т.д.).

Подпись Страхователя*

Дата*

Примечание: Знаком «*» помечены поля обязательные для заполнения.