

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ КЛИЕНТА ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

№ полиса/полисов*

Сведения о Страхователе*

Фамилия*

Имя*

Отчество*

Дата рождения*

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), 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.