**Анкета для страхования от несчастных случаев и болезней, а также имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (заполняется на каждого застрахованного)**

ДОРПРОФЗАЩИТА

|  |  |
| --- | --- |
| Начало страхования (первый день месяца) |  |
| Период (1, 6, 12 месяцев) |  |
| Количество застрахованных |  |
| Программа (базовый, стандарт, премиум, премиум спорт) |  |
| Расширение |  |
| Фамилия (печатными буквами)  Фамилия (латиницей печатными буквами) |  |
| Имя (печатными буквами)  Имя (латиницей печатными буквами) |  |
| Отчество (печатными буквами) |  |
| Пол (м/ж) |  |
| Улица, дом, корп.,стр., кв.  (печатными буквами) |  |
| Почтовый индекс и город |  |
| Является ли страхователь застрахованным (да/нет) |  |
| Дата рождения (страхователь должен быть старше 18 лет.) | \_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| Серия / номер паспорта | / |
| Телефон | +7 (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ |
| Адрес электронной почты страхователя/председателя профкома (печатными буквами) | / |

**В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152 –ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие ООО «Дорпрофзащита» и АО «ЕРВ «Туристическое Страхование» на обработку и использование данных, содержащихся в настоящей Анкете с целью оказания мне и лицам в интересах которых я действую, услуг по страхованию. Я подтверждаю, что действую свободно, выражаю свою волю и волю третьих лиц с их согласия, а также подтверждаю свою дееспособность. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий при автоматизированной и не автоматизированной обработке и передаче по сети Интернет моих персональных данных, которые необходимы для указанных выше целей.**

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Указанные мной данные подтверждаю:**

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**