

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОДКЛЮЧЕНИЕ УСЛУГИ «ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ»**

---

---

(Ф.И.О. страхователя полностью)

Паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия) (номер)Дата выдачи: \_\_\_\_\_  
(дата)

Телефон: +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-mail адрес: \_\_\_\_\_

Настоящим прошу подключить услугу «Кабинет клиента» и выражаю согласие ООО Страховой компании «Альянс Жизнь» (Озерковская наб., д.30, Москва, 115184; ОГРН 1037727041483), далее – компания, на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, паспортные данные, номер и дата заключения договора (договоров), телефон, адрес электронной почты), производить следующие действия с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе в рамках корпоративных информационных систем, а также передача третьим лицам в целях персонализации для реализации услуг, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Данное согласие действует до даты прекращения договора (договоров) страхования и может быть отозвано путем подачи соответствующего письменного уведомления, подписанного в присутствии уполномоченного сотрудника компании, либо с нотариальным засвидетельствованием подлинности подписи.

Обязуюсь уведомить компанию о случаях неразрешенного использования зарегистрированных за мной адреса электронной почты и пароля, не передавать пароль третьим лицам, либо использовать адреса электронной почты и пароли третьих лиц. Я осознаю, что несу полную ответственность за сохранность своего пароля и за все действия, которые были произведены под моим паролем.

Я понимаю, что информация, предоставляемая в рамках услуги «Кабинет клиента» носит информационно- справочный характер (не является публичной офертой), компания не несет ответственность и не принимает обязательств в случае искажения информации в результате технических сбоев, действия несанкционированных (вредоносных) программ (вирусов).

Страхователь просит предоставить информацию о следующем договоре (договорах) страхования:

№ \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_.  
(дата)№ \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_.  
(дата)№ \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_.  
(дата)\_\_\_\_\_  
(дата)\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(ФИО, должность)

Отправьте скан-копию подписанного заявления на адрес [clientcab@allianzlife.ru](mailto:clientcab@allianzlife.ru) или передайте оригинал представителю Allianz Жизнь или банка, в котором вы заключали договор страхования.

---

Отметки компании \_\_\_\_\_

Принял: \_\_\_\_\_  
(дата)\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(ФИО, должность)