



ЗАЯВА НА СТРАХУВАННЯ від _____
є невід'ємною частиною Договору медичного страхування для страхувальників-
фізичних осіб

СТРАХУВАЛЬНИК ЗА ДОГОВОРОМ Є ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ (прізвище, ім'я та по-батькові):	
Адреса проживання (фактична):	
Адреса місця реєстрації:	
Телефон:	
Електронна адреса:	

паспорт:	серія		№	
	виданий			дата видачі
дата народження				
РНОКПП (ідентифікаційний номер)				

Блок «З'ясування та визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні»

За результатами Вашого ознайомлення зі страховим продуктом «lilo©» та умовами страхування, просимо Вас підтвердити Ваш усвідомлений вибір страхового продукту «lilo©» та намір укласти договір страхування з обраним Вами Страховиком:

№ з/п	Питання	Відповіді
1	Маю потребу у захисті та моніторингу стану власного здоров'я	ТАК <input type="checkbox"/>
	Маю потребу захиститися від такої несприятливої події у своєму житті як захворювання, яке, як правило, втілюється у заподіяння матеріальних (майнових) збитків моєму фінансовому стану	
	Маю страховий інтерес для запобігання зайвим витратам фінансів у разі настання захворювання та здійснити заходи щодо попередження та зменшення негативного впливу в разі настання ризику захворювання шляхом укладення договору медичного страхування здоров'я	
	Такі основні умови страхового покриття продукту «lilo©» відповідають моїм вимогам: ✓ Лікування в провідних клініках м. Києва; ✓ Буду мати призначеного мені персонального лікаря провідних клінік м. Києва, який турбується про моє здоров'я; ✓ Безлімітні онлайн-консультації 24/7 з командою експертів-консультантів з медичного страхування «lilo©»; ✓ Маю зручний мобільний додаток, де всі питання вирішуються в кілька кліків та який завжди у моїй кишені;	

✓	Буду забезпечений необхідними ліками та їх доставкою, а також бути мати можливість пройти профілактичне обстеження;
✓	Отримання рекомендацій щодо харчування і здорового способу життя;
<p>Я розумію та мене дійсно задовольняють такі ключові умови страхування страхового продукту «lilo©»:</p> <p>-розмір страхового платежу;</p> <p>- страхове покриття: покриваються захворювання та стани, які включені до Переліку страхових захворювань (страхових діагнозів), медична допомога, медичні та/або інші послуги надаються в обсязі, що визначений у Переліку медичних послуг та медикаментів страхових захворювань, не входять до страхового покриття захворювання та стани, які включені до Переліку нестрахових захворювань (нестрахових діагнозів).</p> <p>- Територія надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, забезпечення лікарськими засобами Застрахованим особам у мережі медичних закладів та аптек, що визначені асистуючою компанією - відповідно до переліку медичних закладів/аптек, з якими асистуючою компанією укладені відповідні договори для виконання договорів медичного страхування за страховим продуктом «ШО©», що міститься у програмному застосунку ШО та на веб-сайті Страховика за посиланням https://salamandra.ua/lilo/ та на веб-сайті асистуючої компанії https://getlilo.com/medical_facilities.pdf</p>	

Блок «Блок декларація здоров'я»

УВАГА! Надання недостовірних даних про стан Вашого здоров'я під час укладання договору страхування звільняє Страховика від відповідальності за таким договором. Страховик гарантує зберігання у таємниці всіх вказаних у цій декларації відомостей стосовно стану Вашого здоров'я.

№ з/п	Питання	Відповіді
1	<p>Чи є Ви є інвалідом I, II групи? Чи Ви маєте, чи лікувались чи були діагностовано раніше онкологічні захворювання, тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи?</p> <p>Чи перебуваєте на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансерах, центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом?</p> <p>Чи визнані Ви у судовому порядку недієздатною особою?</p>	<p>Будь-ласка, підтвердіть відсутність перелічених обмежень у страхуванні</p> <p>НІ <input type="checkbox"/></p>
2	<p>Якщо Ви маєте відповідь “ТАК” на хоч одне з питань, що наведені у рядку 1 цього Блоку, натисніть відповідь “ТАК” у цьому рядку.</p>	<p>ТАК <input type="checkbox"/></p>

Блок «Блок декларація Страхувальника»

Я, Страхувальник, шляхом підписання цієї Заяви на страхування, підтверджую:

- ✓ Ознайомлений із інформацією про Страховика, яка надається Страхувальнику до укладення договору страхування, в порядку ст. 87 Закону України «Про страхування», що розміщується на веб-сайті Страховика, за посиланням <https://www.salamandra.ua/lilo/>, а також на веб-сайті Страхового агента, за посиланням <https://getlilo.com/insurer.pdf> та отримана на мою електронну пошту ;
- ✓ Ознайомлений із інформацією про Страхового агента ТОВ «Ліло асстенс», яка надається Страхувальнику до укладення договору страхування, в порядку ст. 88 Закону України «Про страхування», що розміщується на веб-сайті Страхового агента, за посиланням <https://getlilo.com/broker.pdf> та отримана на мою електронну пошту.

- ✓ Підтверджую, що дійсно ознайомився із інформаційним документом про стандартний страховий продукт «lilo©» що розміщується на веб-сайті Страховика, за посиланням <https://www.salamandra.ua/lilo/> та у мобільному застосунку (додатку) «lilo©» та на веб-сайті Страхового агента, за посиланням <https://getlilo.com/product.pdf> та отримана на мою електронну пошту.
- ✓ що заявлена інформація щодо умов страхування повністю та достовірно відображена у цій Заяві на страхування.
- ✓ Погоджуюсь, на вимогу Страховика, пройти медичне обстеження в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, виключно у разі оплати страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням та надати Страховику його результати.
- ✓ Надаю згоду Страховику та ТОВ «Ліло асістенс» на фіксацію та запис телефонних розмов, листування, їх обробку та подальше зберігання, на використання інформації щодо себе для виконання зобов'язань за Договором, в тому числі записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків на умовах Договору страхування у взаємовідносинах із фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, позовів, заяв), пов'язаних із виконанням Страхувальником, Страховиком зобов'язань за Договором страхування.
- ✓ Надаю згоду Страховику та ТОВ «Ліло асістенс» (його уповноваженим особам) інформувати мене, зокрема, але не виключно, про виконання та/або стан обслуговування за договором страхування, шляхом направлення відповідних повідомлень будь-якими засобами зв'язку, зокрема, але не виключно, поштою (в тому числі електронною поштою), SMS-повідомлень, у месенджерах, зокрема Viber-повідомлень, за телефоном, вказаним мною в укладених договорах, а також шляхом обміну повідомленнями в чат боті **lilo**, тощо.

Згода на обробку персональних даних:

✓ надаю Страховику та ТОВ «Ліло асістенс» згоду на обробку своїх персональних даних, в т.ч. чутливих персональних даних щодо стану мого здоров'я, які вказані у цій Заяві, а також у документах, що додаються або будуть додані до неї, Страховиком та третім особам, які діють за дорученням Страховика, документах або інформації, що будуть надані мною (отримані ТОВ «Ліло асістенс») через мобільний додаток **lilo**, чат-бот **lilo**, електронну пошту, SMS-повідомлення, у месенджерах, зокрема Viber-повідомлення, листування, телефонні розмови зі мною, з метою укладання та виконання Договору страхування.

✓ Надаю Страховику та ТОВ «Ліло асістенс» згоду на обробку своїх персональних даних (в т.ч. чутливих персональних даних, що стосуються стану мого здоров'я, а саме: дата та причина звернення до Страховика, ТОВ «Ліло асістенс» в разі настання події, що має ознаки страхового випадку, призначення лікування, діагноз/нозологічна група захворювання, перелік та/або вартість наданих медичних послуг, призначені лікарські засоби тощо) згідно з вимогами Закону України «Про захист персональних даних» з метою здійснення Страховиком страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних Страховика, з метою здійснення ТОВ «Ліло асістенс» статутної діяльності у сфері надання посередницьких страхових та асистуючих послуг та ведення внутрішніх баз даних.

✓ мені повідомлено про те, що мої персональні дані (в тому числі - про стан здоров'я) будуть включені в базу персональних даних, підлягають обробці та можуть бути передані та отримані від таких третіх осіб, а саме:

✓ які діють за дорученням Страховика, з метою укладання та виконання Договору страхування,

✓ заклади охорони здоров'я, діагностичні центри, медичні лабораторії, аптеки, електронні медичні інформаційні системи (надалі - МІС) «Helsi», «Doctor Eleks»,

тощо та інші юридичні особи і установи з метою виконання Договору страхування, з якими Страховиком та/або ТОВ «Ліло асістенс» укладено відповідний договір;

✓ Зміст прав, як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» відомий та зрозумілий.

✓ Надаю дозвіл та згоду Страховику та ТОВ «Ліло асістенс» щодо умов обробки персональних даних; не заперечую проти подання Страховиком та/або ТОВ «Ліло асістенс» запитів до лікарів, медичних закладів або інших осіб, що мають додаткову інформацію про стан мого здоров'я, в тому числі, але не виключно, до МІС «Helsi», «Doctor Eleks», тощо в рамках автоматизованого обміну інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

✓ надаю дозвіл та згоду на передачу відповідними особами (закладами охорони здоров'я, діагностичними центрами, медичними лабораторіями, будь-якими іншими юридичними особами, МІС «Helsi», «Doctor Eleks», тощо, лікарями, до яких звертався або буде звертатися Страхувальник, а також іншими особами, які володіють відповідними відомостями), персональних даних, інформації щодо стану мого здоров'я, результатів проведеної діагностики (лабораторних досліджень) взятого у мене біологічного матеріалу, призначеного лікування та лікарських засобів, будь-якої інформації та документів, що містять лікарську таємницю відносно мене, - Страховику, ТОВ «Ліло Асістенс», третім особам, які діють за дорученням Страховика, лікарям, закладам охорони здоров'я, яким я надаю відповідне право на отримання таких відомостей, інформації, що зазначена вище та документів, що містить лікарську таємницю відносно мене.

✓ Мене проінформовано про електронну інформаційну взаємодію МІС «Helsi», «Doctor Eleks» та інформаційно-комунікаційної системи (онлайн-сервіс) «lilo»; надаю свою згоду ТОВ «Ліло асістенс», власникам та будь-яким юридичним особам, які використовують електронну МІС «Helsi», «Doctor Eleks» на: (1) на обробку, в тому числі створення та обмін інформацією в електронному вигляді щодо своїх персональних даних, в т.ч. чутливих персональних даних щодо стану мого здоров'я, призначене лікування, медикаменти, тощо в результаті електронної інформаційної взаємодії МІС «Helsi», «Doctor Eleks» та інформаційно-комунікаційної системи (онлайн-сервіс) «lilo»; (2) співставлення та/або створення облікових записів в МІС «Helsi», «Doctor Eleks».

ПІДПИС

Страховальник: ПІБ

Підпис: _____ (власноручний підпис або кваліфікований електронний підпис)

Дата та час (час- для електронного підпису) підписання: _____