



Додаток до Договору № \_\_\_\_\_  
медичного страхування для страхувальників-юридичних осіб від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**ЗАЯВА ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.**

Я, \_\_\_\_\_, номер мобільного телефону \_\_\_\_\_, повідомлений Страхувальником \_\_\_\_\_ (назва юридичної особи) про укладення цього Договору страхування на мою користь та не заперечую проти нього, а також шляхом підписання цієї Заяви підтверджую:

✓ що я не є інвалідом I, II групи, не маю онкологічних захворювань, тяжких форм захворювання серцево-судинної системи, не перебуваю на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансерах, центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, не визначена (ний) у судовому порядку недієздатною (ним);

✓ із Загальними умовами стандартного страхового продукту «lilo©» я ознайомена (ний) та згодна (ний); 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 <https://getlilo.com/terms.pdf>

✓ 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» 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 (зкладами 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 містять 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».

**Застрахована особа (прізвище, ініціали)** \_\_\_\_\_

(підпис)