

В общество с ограниченной ответственностью  
Страховую компанию «Альянс Жизнь»

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОДКЛЮЧЕНИЕ УСЛУГИ «КАБИНЕТ КЛИЕНТА»

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. страхователя полностью)

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

Телефон: +7 ( ) - - E-mail адрес: \_\_\_\_\_

Настоящим прошу подключить услугу «Кабинет клиента» и выражаю согласие ООО Страховой компании «Альянс Жизнь» (ул. Селезневская д. 32, Москва, 117105; 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).

Прошу предоставлять информацию о следующем договоре (договорах) страхования:

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (Ф.И.О.)

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) (Ф.И.О.)