

**Заявление на участие в Программе страхования жизни и здоровья с риском
«Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт¹**

Я, _____, _____ года рождения, паспорт № _____, выдан _____, код подразделения _____, дата выдачи _____, адрес регистрации _____, адрес проживания _____, держатель кредитной карты, выпущенной и обслуживаемой на основании Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты (номер эмиссионного контракта № _____, далее - Кредитная карта, Карта), заключенного с Публичным акционерным обществом «Сбербанк России» (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) (далее – ПАО Сбербанк, Банк, Страхователь), подписывая настоящее заявление (далее – Заявление на участие в Программе страхования, Заявление):

- **ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ** на участие в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт (далее – Программа, Программа страхования);
- **ПРОШУ ПАО Сбербанк** в период моего участия в Программе страхования ежемесячно (при условии наличия Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки² (включительно) в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей) заключать с Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (далее - ООО СК «Сбербанк страхование жизни»³, Страховщик) Договоры страхования, согласно которым я буду являться Застрахованным лицом, на условиях, изложенных в настоящем Заявлении и Условиях участия в Программе страхования (далее – Условия участия).
- **ПОРУЧАЮ ПАО Сбербанк** в период моего участия в Программе, ежемесячно, при наличии Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (вкл чительно) в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей, перечислять⁴ со счета(-ов) Банковской(-их) карты(карт), указанной(-ых) в Заявлении, сумму Платы за участие в Программе страхования (*состоящую из комиссии Банка за участие в Программе страхования (включая НДС) и компенсации расходов Банка на оплату страховой премии Страховщику*) в Очередном периоде⁵ в порядке и на условиях, определенных в настоящем Заявлении и Условиях участия. Поручение, указанное в настоящем пункте Заявления (далее – Поручение), действует до момента прекращения моего участия в Программе страхования (в том числе по инициативе Банка). В момент отмены мною настоящего Поручения мое участие в Программе страхования прекращается.

1. Мне понятно, и я согласен(на) с тем, что Договоры страхования в отношении меня будут заключаться на следующих условиях:

Выгодоприобретателями по страховым рискам «Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы», «Временная нетрудоспособность», «Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи», «Диагностирование особо опасного заболевания» является Застрахованное лицо.

По страховым рискам «Смерть», «Смерть от несчастного случая» - наследники Застрахованного лица.

¹ Все термины, содержащиеся в настоящем Заявлении, имеют то же значение, что и в Условиях участия в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт.

² Дата проверки – число, определенное в Заявлении на участие в Программе страхования, приходящееся на каждый календарный месяц участия Клиента в Программе страхования, на которое Банком определяется наличие/отсутствие Общей задолженности по Кредитной карте. Если указанное число отсутствует в очередном календарном месяце, то в качестве Даты проверки будет использоваться первое число следующего за ним календарного месяца.

³ Адрес места нахождения: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корпус 1. Лицензия на осуществление страхования СЖ №3692 (вид деятельности – добровольное страхование жизни), выдана Банком России без ограничения срока действия.

⁴ Перечисление автоматически инициируется Банком при выполнении условий, определенных данным Заявлением.

⁵ Очередной период (месяц) - период времени между Датами проверки. Очередной период начинается в Дату проверки, и заканчивается в день, предшествующий следующей Дате проверки.

РАЗМЕР ПЛАТЫ за участие в Программе страхования	
<p>Определяется ежемесячно (при условии наличия Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно) не менее 3 000 рублей) и рассчитывается по следующей формуле: Страховая сумма * на Тариф. Тариф за Участие в Программы страхования является изменяемым и составляет: ПЕРВЫЙ ЭТАП - 1,1%⁶ от Страховой суммы; ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ ЭТАП – 1,15%⁷ от Страховой суммы (Страховая сумма устанавливается каждым Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица отдельно; является постоянной в течение срока действия Договора страхования (в Очередном периоде); устанавливается единой (совокупно) по всем Страховым рискам и равной размеру двукратной Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно) но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица).</p>	
Дата проверки ⁸ : _____	
Срок страхования (устанавливается каждым Договором страхования в соответствии со следующими условиями):	
<p>Дата начала срока страхования по всем Страховым рискам: Дата проверки, на которую имеется Общая задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей. Дата окончания срока страхования по всем Страховым рискам: дата, предшествующая очередной Дате проверки, следующей за Датой проверки, на которую была определена Общая задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей.</p>	
СТРАХОВЫЕ РИСКИ	РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
<p>Первый этап Программы страхования: начало Очередного периода в первые три месяца с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования: для лиц, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования и дату начала Срока страхования по Договору страхования составляет не менее 18 лет и не более 69 полных лет включительно:</p>	
«Смерть»	100% Страховой суммы
«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»	
«Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»	
«Временная нетрудоспособность» (на срок непрерывной нетрудоспособности (временного расстройства здоровья) не менее 16 дней)	0,67 % от Страховой суммы, но не более 2 000 руб. за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с 1-го дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно) и не более 75 календарных дней

⁶ Или 2,2% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно).

⁷ Или 2,3% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно).

⁸ Число, определяющее дату, приходящуюся на каждый календарный месяц участия Клиента в Программе страхования, на которую Банком определяется наличие/отсутствие Общей задолженности по Кредитной карте. Если указанное число отсутствует в очередном календарном месяце, то в качестве Даты проверки будет использоваться первое число следующего за ним календарного месяца.

«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»	0,67% от Страховой суммы, но не более 2 000 руб. за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно) и не более 21 календарного дня
Второй этап Программы страхования (начало Очередного периода начиная с четвертого календарного месяца с даты подписания Заявления на участие): для лиц, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования и дату начала Срока страхования по очередному Договору страхования составляет не менее 18 лет и не более 69 полных лет включительно.	
«Диагностирование особо опасного заболевания»	100% Страховой суммы
«Смерть»	
«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»	
«Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»	
«Временная нетрудоспособность» (на срок непрерывной нетрудоспособности (временного расстройства здоровья) не менее 16 дней)	0,67% от Страховой суммы, но не более 2 000 руб. за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с 1-го дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно) и не более 75 календарных дней
«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»	0,67% от Страховой суммы, но не более 2 000 руб. за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно) и не более 21 календарного дня
Третий этап Программы страхования: для лиц, возраст которых на дату начала Срока страхования по очередному Договору страхования, составляет 70 лет и более:	
«Смерть от несчастного случая»	100% Страховой суммы
ИСКЛЮЧЕНИЯ / ОСВОБОЖДЕНИЕ / ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ	
<p>1) исключения из страхового покрытия - это события, которые не являются страховыми случаями и, в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплат (п. 3.3. Условий участия);</p> <p>2) основания освобождения Страховщика от страховой выплаты (п. 3.10. Условий участия);</p> <p>3) основания отказа в страховой выплате (п. 3.11. Условий участия).</p> <p>Я подтверждаю, что ознакомился с исключениями из страхового покрытия, основаниями освобождения страховщика/отказа страховщика от страховой выплаты до подписания настоящего Заявления.</p>	

2. Мне понятно, и я согласен(на) с тем, что:

2.1. Страховой риск «Диагностирование особо опасного заболевания» будет предусмотрен в Договорах страхования, заключаемых в отношении Застрахованного лица, начиная с **четвертого календарного месяца** с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования, при **условии** что на дату начала Срока страхования по Договору страхования возраст Застрахованного лица будет составлять **менее 70 лет**.

2.2. При достижении Застрахованным лицом возраста 70 лет происходит переход на ТРЕТИЙ ЭТАП участия в Программе страхования.

2.3. Программа страхования состоит из **ТРЕХ** этапов, Банк организывает страхование в отношении меня до момента прекращения моего участия в Программе страхования (по моей инициативе или по инициативе Банка).

2.4. Плата за участие в Программе страхования в Очередном периоде должна быть уплачена в полном объеме в течение 8 (восьми) календарных дней с Даты проверки (не включая эту дату). Частичная оплата не осуществляется. В случае, если Плата за участие не была уплачена в указанный срок, Договор страхования в Очередном периоде (месяце) в отношении меня заключен не будет.

2.5. При успешном списании Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде **Банк:**

2.5.1. обеспечивает страхование Клиента путем заключения со Страховщиком Договора страхования;

2.5.2. предоставляет Клиенту (в течение календарного дня списания Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде) ключевой информационный документ (КИД), раскрывающий информацию об условиях добровольного страхования в Очередном периоде, путем размещения КИД в Системе в «Сбербанк Онлайн» и/или путем направления SMS-сообщения/Push-уведомления;

2.5.3. в течение 2 (двух) календарных дней с даты успешного списания Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде уведомляет Клиента об организации заключения в отношении него Договора страхования путем направления SMS-сообщения/Push-уведомления с указанием размера списанной Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде, Срока страхования и размера Страховой суммы в текущем Очередном периоде.

2.6. Если первая попытка списания будет unsuccessful, то Банк предпринимает еще не менее одной попытки списания в течение 8 (восьми) календарных дней от Даты проверки (не включая эту дату). Банк информирует Клиента о причинах не списания средств путем направления SMS-сообщения/Push-уведомления после каждой попытки списания Платы. Если все попытки списания окажутся unsuccessful, Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты последней unsuccessful попытки списания информирует Клиента SMS-сообщением/Push-уведомлением о невозможности списания Платы за участие и о том, что страхование в Очередном периоде в отношении него не организовано.

2.6.1. Списание Платы за участие со счета Банковской карты, указанного в настоящем Заявлении на участие, не будет совершаться в следующих случаях: счет Банковской карты закрыт; Банковская карта заблокирована; на счете Банковской карты отсутствуют денежные средства для списания в полном размере Платы за участие в программе страхования в Очередном периоде; по счету Банковской карты приостановлены операции в соответствии с соответствующим Договором на выпуск и обслуживание Банковской карты, в том числе при прекращении указанного договора по любой причине; в иных случаях, предусмотренных соответствующим Договором на выпуск и обслуживание Банковской карты; при прекращении участия Клиента в Программе страхования (в том числе по инициативе Банка).

2.7. По инициативе Клиента участие в Программе может быть прекращено на основании письменного заявления Клиента о прекращении участия в Программе страхования, предоставленного в любое подразделение Банка при личном обращении. Заявление на досрочное прекращение участия в Программе страхования может быть подписано простой электронной подписью в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>). Отключение от Программы происходит со дня, следующего за днем обращения. При этом, Договор страхования, заключенный в текущем Очередном периоде (по которому была уплачена Плата за участие), продолжает действовать до окончания срока страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.2 Условий участия.

2.8. По инициативе Банка участие Клиента в Программе страхования может быть прекращено в случаях, перечисленных в п. 4.3. Условий участия.

2.9. При обращении Клиента в любое подразделение Банка с письменным заявлением в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты, следующей за датой подписания настоящего Заявления и/или 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой списания Платы за участие в Программе страхования в последнем оплаченном Очередном периоде, но не позднее окончания срока страхования, возврат осуществляется Клиенту Банком в полном размере последней уплаченной Платы за участие в Программе страхования⁹. Договор страхования в отношении Клиента в последнем оплаченном Очередном периоде не заключается, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем обращения (в последующих Очередных периодах/в последующие месяцы страхования не организовывается, Плата за участие в Программе страхования не списывается).

Я подтверждаю, что мне предоставлена вся необходимая и существенная информация о Страховщике и страховой услуге, в том числе связанная с заключением и исполнением Договора страхования.

Я разрешаю ПАО Сбербанк предоставлять в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и АО «Интеркомп» информацию о Договоре на выпуск и обслуживание Кредитной карты, о размере задолженности по Кредитной карте на дату проверки, о номере счета Кредитной карты для целей заключения и исполнения Договора страхования, по которому я являюсь Застрахованным лицом, в том числе принятия Страховщиком решения по произошедшему со мной событию, имеющему признаки страхового случая, в любом виде и в любой форме, которую стороны Договора страхования сочтут приемлемой.

Настоящим **я даю согласие** ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) на обработку персональных данных, в том числе указанных в настоящем Заявлении, а также полученных в рамках заключения и исполнения Договора страхования между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» персональных данных: ФИО, дата рождения, пол, место рождения (с указанием страны); сведения документа, удостоверяющего личность (далее – ДУЛ), серия и номер ДУЛ, дата выдачи ДУЛ, информация об органе, выдавшем ДУЛ, код подразделения, выдавшего ДУЛ; семейное положение; страна проживания; гражданство, адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; номер телефона; адрес электронной почты; ИНН; СНИЛС; сведения о состоянии здоровья, в связи с совершением следующих действий (операций) или совокупности действий (операций),

совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, доступ) персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.1) и АО «Интеркомп» (119435, Россия, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. 1а) в целях заключения в отношении меня Договора страхования между

⁹ Проценты, начисленные Банком на сумму уплаченной Платы за участие, возврату не подлежат, если сумма Платы за участие в Программе страхования списывалась со счета Кредитной карты.

ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни», а также исполнения, изменения, прекращения Договора страхования, получения Страховой выплаты.

Согласие на обработку персональных данных дается мной ПАО Сбербанк на срок с даты подписания настоящего Заявления по дату окончания срока страхования по последнему Договору страхования, заключенному в отношении меня в течение действия Программы страхования (или по дату прекращения Программы страхования в случаях, указанных в разделе 4 Условий участия), увеличенный на пять лет, и может быть отозвано мной путем подачи в ПАО Сбербанк письменного заявления.

Я уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия ПАО Сбербанк вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящим я **даю согласие** ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.1) на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, а также нижеперечисленных, в целях заключения Договора страхования (включая оценку страхового риска), а также его изменения, исполнения, прекращения: дата и место рождения (с указанием страны); возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство, адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; номер (-а) телефона (-ов); адрес электронной почты; ИНН; СНИЛС, номер Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты.

Я даю согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.1) на передачу и поручение обработки указанными выше способами моих персональных данных, предоставленных мною для заключения ПАО Сбербанк в отношении меня Договоров страхования с ООО СК «Сбербанк страхование жизни», а также полученные ООО СК «Сбербанк страхование жизни» в процессе исполнения договоров страхования, в том числе перечисленных в настоящем документе:

- ПАО Сбербанк (ОГРН 1027700132195, адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) в целях изменения, хранения и прекращения Договора(ов) страхования;
- АО "Интеркомп" (119435, Россия, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. 1а) в целях исполнения заключенного ООО СК «Сбербанк страхование жизни» Договора(-ов) страхования, включая принятие Страховщиком решения по событию, имеющему признаки Страхового случая, в том числе, принятие решения по Страховой выплате;
- иным третьим лицам, в соответствии с перечнем третьих лиц, размещенным на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы).

Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Я даю свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.1) любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа) и/или частными врачами, у которых я проходил лечение, нахожусь или находился под наблюдением, а также федеральными государственными учреждениями МСЭ и Фондами ОМС (в т.ч. территориальными) сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, и любые сведения обо мне и/или в связи со мной, отнесенные к врачебной тайне, а также даю согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений о своей временной нетрудоспособности из ФСС и данных по факту своей

смерти из Социального фонда Российской Федерации (включая его отделения), иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией.

Данное согласие дается мною в целях принятия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» решения по произошедшему со мною событию, имеющему признаки страхового случая, а также принятия решения о Страховой выплате в случае признания такого события страховым случаем.

Я согласен (а), что получение ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений обо мне, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае своей смерти.

Настоящее согласие дается мной ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на период действия (в отношении меня) Договора страхования и 5 (пяти) лет от даты его прекращения, если более длительный срок обработки персональных данных не предусмотрен требованиями законодательства или если оно не было отозвано путем представления письменного обращения за подписью субъекта персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу: 121170, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп. 1 с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Я уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я ознакомлен(а):

- с порядком и возможными последствиями отзыва настоящего согласия;
- с Политикой обработки и защиты персональных данных ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (размещен на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы)), с перечнем третьих лиц (размещен на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы)), которым передаются/поручается обработка персональных данных.

Я уведомлен(а) о необходимости:

- ознакомления с Правилами страхования, размещенными по ссылке https://sberbank-insurance.ru/up/pravila_dsggh.pdf;
- незамедлительно сообщать ПАО Сбербанк об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Я согласен(на), что Банк будет списывать Плату за участие в Программе страхования со счетов Банковских карт (номеров карт)¹⁰: _____

в соответствии с поручением, содержащимся в настоящем Заявлении, и условиями, изложенными в настоящем Заявлении и Условиях участия.

Подписывая настоящее Заявление я:

- подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления, Ключевой информационный документ (КИД) мне предоставлен, я с КИД ознакомлен(а), информация (в том числе, специальные термины), условия страхования, содержащиеся в КИД, мне понятны;
- подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления с Условиями участия в Программе страхования, которые применяются в отношении лиц, подписавших Заявление на Участие в Программе страхования, начиная с «19» января 2024 года, ознакомлен(а) и согласен(а) (размещены по ссылке https://sberbank-insurance.ru/up/programma_KZ.pdf).

¹⁰ Сведения о номере карты указаны на момент оформления настоящего Заявления и могут быть изменены в случае перевыпуска карты (поручение на списание Платы за участие в Программе страхования со счета Банковской карты сохраняется).

При подписании мною Заявления простой электронной подписью **подтверждаю, что мне понятно, и я согласен(на) с тем,** что:

- данное Заявление в электронной форме, подписанное простой электронной подписью способами, предусмотренными Правилами электронного взаимодействия, действующие на дату подписания Заявления, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному моей собственноручной подписью, и порождает аналогичные документу на бумажном носителе права и обязанности и может служить доказательством в суде;
- одной электронной подписью могут быть подписаны несколько связанных между собой электронных документов (пакет электронных документов). При подписании электронной подписью пакета электронных документов каждый из электронных документов, входящих в этот пакет, считается подписанным электронной подписью того вида, которой подписан пакет электронных документов;
- электронная подпись формируется в соответствии с Приложением 3 к «Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк»¹¹;
- я принимаю на себя исполнение всех обязательств, вытекающих из электронных документов, подписанных в соответствии с настоящим порядком;
- после подписания Заявления на участие в Программе страхования простой электронной подписью при наличии технической возможности застрахованное лицо получает копию электронного документа на адрес электронной почты или копию электронного документа на бумажном носителе (по выбору Застрахованного лица).

Дата подписания Заявления: _____ года

¹¹ Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>