

Заявление о предоставлении дополнительных услуг, не оказывающих фактическое влияние на условия договора потребительского кредита (договор страхования заключается не в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита).

Согласие на подключение мне дополнительной услуги и на заключение договора на оказываемую дополнительную услугу:

☐ Я согласен

☐ Я не согласен

Наименование дополнительной услуги: Программа страхования № 7 «Защита здоровья и в связи с недобровольной потерей работы заемщика»

Стоимость: _____ руб., из них _____ руб. страховая премия за страховые риски.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с полной информацией о дополнительной услуге, ее стоимости и условиях. До моего сведения доведена информация о том, что согласие или отказ от дополнительной услуги не влияет на решение Банка о предоставлении мне кредита или об отказе в его предоставлении.

Мне разъяснены и понятны мои права:

1) право отказаться от услуги в течение 30 календарных дней со дня выражения согласия на оказание дополнительной услуги посредством обращения к лицу, оказывающему услугу, с заявлением об отказе от услуги;

2) право требовать от лица, оказывающего услугу, возврата денежных средств, уплаченных мной за приобретение услуги, фактически оказанной до дня получения кредитором или лицом, оказывающим услугу, моего заявления об отказе от такой услуги, поданного в течение 30 календарных дней со дня выражения согласия на оказание дополнительной услуги;

3) право требовать от кредитора возврата денежных средств, уплаченных мной третьему лицу за оказание услуги, за вычетом стоимости части такой услуги, фактически оказанной до дня получения третьим лицом заявления об отказе от такой услуги, при неисполнении таким третьим лицом обязанности по возврату мне денежных средств.

Ключевой информационный документ об условиях добровольного страхования



подготовлен на основании Правил страхования № 0071.СЖ.01.00, утвержденных приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от 19.01.2024 года № Пр/11-1 (далее – «Правила страхования») и Условий участия в Программе страхования № 7 «Защита здоровья и в связи с недобровольной потерей работы заемщика» (далее – Условия)

Кредитор: Публичное акционерное общество «Сбербанк России»

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Стоимость страхования (Платы за участие в Программе страхования): _____ рублей, из них:

Дополнительные страховые риски:

1) «Недобровольная потеря работы». 2) «Потеря работы по соглашению сторон». 3) «Смерть в результате ДТП на общественном транспорте». 4) «Временная нетрудоспособность в результате заболевания». 5) «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая». 6) «Госпитализация в результате несчастного случая». 7) «Первичное диагностирование критического заболевания».

_____ рублей – страховая премия за дополнительные страховые риски

По всем дополнительным страховым рискам выгодоприобретателем является Застрахованное лицо (в случае смерти – его наследники).

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Страховщик **отказывает в страховой выплате** по следующим основаниям: произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к **исключениям из страхового покрытия** (п. 3 настоящего раздела) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из **определений, закрепленных в Условиях (Правилах страхования)** или в отношении соответствующего застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск); событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования; сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные параметры, установленные договором страхования, при этом возможен частичный отказ в выплате пропорционально превышению лимита/параметров; событие произошло с лицом, которое не является застрахованным лицом по договору страхования; за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение; в случае освобождения страховщика от страховой выплаты (п. 2 настоящего раздела).

2. Страховщик **освобождается от страховой выплаты**, если страховой случай наступил вследствие: умысла страхователя, выгодоприобретателя или застрахованного лица (в том числе самоубийство, совершенное в течение первых двух лет действия страхования); воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3. **Исключения из страхового покрытия**, не являются страховыми случаями:

3.1. по риску **Недобровольная потеря работы** прекращение (расторжение) трудового договора: 1) в соответствии с иными основаниями, чем предусмотрены в подп. 3.2.1 Условий; 2) с застрахованным лицом, имеющим общий трудовой стаж на дату прекращения (расторжения) трудового договора менее 12 (двенадцати) месяцев.

3.2. по риску **Потеря работы по соглашению сторон** прекращение (расторжение) трудового договора: 1) в соответствии с иными основаниями, чем предусмотрены в подп. 3.2.2 Условий; 2) с застрахованным лицом, имеющим общий трудовой стаж на дату прекращения (расторжения) трудового договора менее 12 (двенадцати) месяцев.

3.3. по риску **Временная нетрудоспособность в результате заболевания** событие, наступившее: 1) на срок

менее 15 календарных дней; 2) на срок более 15 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего застрахованного лица; 3) по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у застрахованного лица до даты (включая указанную дату) списания Платы за участие: инфаркт миокарда, стенокардия, инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени.

3.4. по риску **Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая** событие, наступившее: 1) на срок менее 7 календарных дней; 2) а срок более 7 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего застрахованного лица.

3.5. по риску **Первичное диагностирование критического заболевания** диагностирование заболевания: 1) являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития, употребления алкогольных напитков и/или психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов без назначения врача (или по назначению врача, но с нарушением указанной им дозировки) и/или следствием употребления препаратов, назначенных для лечения наркомании; 2) наступившего по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты (включая указанную дату) списания Платы за участие: инфаркт миокарда, стенокардия, инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени; 3) не первичное диагностирование заболевания.

Раздел III. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Для получения страховой выплаты по застрахованным страховым рискам (дополнительным рискам) требуется представить документы, предусмотренные п. 3.7 Условий (в зависимости от того, что применимо), п. 3.8 Условий.

1) По рискам Недобровольная потеря работы, Потеря работы по соглашению сторон: в п. 3.7.1 Условий; **2)** По риску Смерть в результате ДТП на общественном транспорте: в п. 3.7.2 Условий; **3)** По рискам Временная нетрудоспособность в результате заболевания, Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая: в п. 3.7.3 Условий; **4)** По риску Госпитализация в результате несчастного случая: в п. 3.7.4 Условий; **5)** По риску Первичное диагностирование критического заболевания: в п. 3.7.5 Условий. Страховая выплата осуществляется в течение 30 календарных дней со дня представления указанных документов.

Раздел IV. КАК ВЕРНУТЬ СТОИМОСТЬ СТРАХОВАНИЯ?

Основания для возврата стоимости страхования	Сумма возврата стоимости страхования
1. Отказ от добровольного страхования в течение 30 календарных дней с даты списания стоимости страхования (Платы за участие в программе страхования) со счета клиента (при отсутствии до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая)	100 % стоимости страхования
2. Отказ от добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования (при отсутствии до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая)	100 % страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3. Отказ от добровольного страхования в случае полного досрочного погашения кредита (займа) (при отсутствии до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая)	100 % страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
4. Если возможность наступления страхового случая в отношении Застрахованного лица отпала и существование страхового риска для него прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай: в случаях, когда в связи со смертью Застрахованного лица страховая выплата ни по одному страховому риску не полагается, в т.ч. Страховщик отказал в страховой выплате.	100 % страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
5. В случае отказа страхователя от замены страховщика или в связи с отзывом лицензии	100 % страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально

страховщика (как это установлено законодательством РФ)	времени, в течение которого действовало страхование
6. На основании вступившего в законную силу судебного акта/ решения финансового уполномоченного	В соответствии с вступившим в законную силу судебным актом/ решением финансового уполномоченного
В иных случаях стоимость страхования возврату не подлежит.	
Возврат стоимости страхования осуществляется • по п.п. 1 - 3 настоящего раздела – в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления; • по п.4 настоящего раздела - в течение 10 рабочих дней со дня прекращения Договора страхования в отношении застрахованного лица или получения последнего из подтверждающих документов (в зависимости от того, что наступит позднее); • по п. 5 настоящего раздела – в течение 10 рабочих дней со дня прекращения Договора страхования или получения последнего из подтверждающих документов (в зависимости от того, что наступит позднее); • по п. 6 настоящего раздела – в соответствии с вступившим в законную силу судебным актом/решением финансового уполномоченного - в сроки, определяемые действующим законодательством РФ.	
Раздел V. КАК ПОВЛИЯЕТ ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ НА КРЕДИТ (ЗАЕМ)?	
Отказ от дополнительных страховых рисков не влияет на кредит (заем).	
Раздел VI. КУДА ОБРАЩАТЬСЯ?	
Заявления об отказе от страхования, о возврате стоимости страхования, иные сообщения могут быть направлены:	
Кредитору по адресу:	ПАО Сбербанк (117997, России, г. Москва, ул. Вавилова, 19) или в отделения ПАО Сбербанк (перечень указан на официальном сайте Кредитора в сети «Интернет» по ссылке: https://www.sberbank.ru/ru/oib?tab=vsp)
Раздел VII. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?	
Направить кредитору (страховщику) заявление (претензию) в письменной форме. Если кредитор (страховщик) не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000,00 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг: сайт: www.finombudsman.ru; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3. Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.	

**Заявление на участие в Программе страхования № 7 «Защита здоровья и в связи с
недобровольной потерей работы заемщика» в _____ (наименование подразделения
Банка)**

Я, _____, года рождения, паспорт, №, выдан, дата выдачи, код подразделения, адрес регистрации, подписывая настоящее Заявление¹ (далее – Заявление на участие в Программе страхования, Заявление), **выражаю согласие** быть застрахованным в Обществе с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное наименование: ООО СК «Сбербанк страхование жизни», адрес: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1; ИНН 7744002123; ОГРН 1037700051146), именуемом далее – Страховщик, и **прошу** Публичное акционерное общество «Сбербанк России» (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19; ИНН 7707083893; ОГРН 1027700132195) (далее также – ПАО Сбербанк, Банк) **заключить в отношении меня Договор страхования** по Программе страхования № 7 «Защита здоровья и в связи с добровольной потерей работы заемщика» (далее - Договор страхования) в соответствии с условиями, изложенными в настоящем Заявлении и Условиях участия в Программе страхования № 7 «Защита здоровья и в связи с добровольной потерей работы заемщика» (далее – Условия участия).

Мне понятно, и я согласен(на) с тем, что Договор страхования в отношении меня заключается на следующих условиях:

1. Страховые риски:

- 1.1. «Недобровольная потеря работы»;
- 1.2. «Потеря работы по соглашению сторон»;
- 1.3. «Смерть в результате ДТП на общественном транспорте»;
- 1.4. «Временная нетрудоспособность в результате заболевания»;
- 1.5. «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»;
- 1.6. «Госпитализация в результате несчастного случая»;
- 1.7. «Первичное диагностирование критического заболевания».

2. Срок действия Договора страхования в отношении меня определяется датой начала (подп. 2.1.1 Заявления) и датой окончания (подп. 2.2 Заявления) срока страхования. По страховым рискам, указанным в настоящем Заявлении, устанавливаются разные Сроки страхования.

2.1. Дата начала Срока страхования (при условии заключения в отношении меня Договора страхования):

- 2.1.1. По страховым рискам «Смерть в результате ДТП на общественном транспорте», «Госпитализация в результате несчастного случая»: дата списания Платы за участие;
- 2.1.2. По страховым рискам «Недобровольная потеря работы», Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»: дата, следующая за 60-ым календарным днем с даты списания Платы за участие. Течение срока в 60 календарных дней, предусмотренного настоящим пунктом, начинается с даты, следующей за датой списания Платы за участие;
- 2.1.3. По страховым рискам «Потеря работы по соглашению сторон», «Первичное диагностирование критического заболевания»: дата, следующая за 90-ым календарным днем с даты списания Платы за участие. Течение срока в 90 календарных дней, предусмотренного настоящим пунктом, начинается с даты, следующей за датой списания Платы за участие.

2.2. Дата окончания Срока страхования по всем страховым рискам: дата, соответствующая последнему дню срока, равного _____ месяцу(ам), который начинает течь с даты списания Платы за участие.

3. Плата за участие в Программе страхования рассчитывается по следующей формуле: Страховая сумма, указанная в п. 4. Заявления * тариф за участие в Программе страхования * (Количество месяцев согласно подп. 2.2. Заявления/12). Тариф за участие в Программе страхования составляет: _____ годовых.

4. Страховые суммы:

4.1. По страховым рискам «Недобровольная потеря работы», «Потеря работы по соглашению сторон», «Смерть в результате ДТП на общественном транспорте» страховая сумма устанавливается совокупно (единой) в размере: _____ руб.;

4.2. По страховым рискам «Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая», «Госпитализация в результате несчастного случая», «Первичное диагностирование критического заболевания» страховая сумма устанавливается совокупно (единой) в размере: _____ руб.

5. Размер Страховой выплаты по Страховым случаям, наступившим по Страховым рискам, перечисленным в настоящем Заявлении, указан в п. 3.6. Условий участия.

6. По всем страховым рискам выгодоприобретателем является застрахованное лицо (а в случае его смерти - наследники застрахованного лица).

Я подтверждаю, что:

¹ Простой электронной подписью в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенным по ссылке: <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>)

- мне предоставлена вся необходимая и существенная информация о Страховщике и страховой услуге, в том числе связанная с заключением и исполнением Договора страхования;
- уведомлен(а) о случаях, при которых Страховщик может отказать в Страховой выплате, а также о наличии исключений² из страхового покрытия, и о том, что является Страховым случаем по каждому из указанных в Заявлении страховых рисков, и что с такими случаями, исключениями и понятиями я был(а) ознакомлен(а)/ознакомился(ась) до подписания настоящего Заявления;
- я ознакомлен(на) с порядком определения страховых выплат, указанном в под. 3.6. Условий участия, и согласен(на) с ним;
- мне разъяснено, что плата за участие в Программе страхования, может быть, уплачена по моему усмотрению любым из следующих способов: путем списания со счета вклада (позволяющего совершать расходные операции) / счета банковской карты.

Я ознакомлен(а) с тем, что действие Договора страхования (участие в Программе страхования) не прекращается в связи с досрочным погашением задолженности по Кредитному договору. Порядок прекращения участия Застрахованного лица в Программе страхования/Договора страхования, включая основание для возврата страховой премии Застрахованному лицу, при отказе Застрахованного лица от участия в Программе страхования в связи с полным досрочным погашением кредита (займа) указан в разделе 4 Условий участия.

Я уведомлен(а) о необходимости:

- ознакомления с Правилами страхования, размещенными по ссылке https://sberbank-insurance.ru/up/pravila_dsgh_pk_71.pdf;
- незамедлительно сообщать ПАО Сбербанк об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Я даю согласие ПАО Сбербанк (ОГРН 1027700132195, адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) на передачу в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1) информации, составляющей банковскую тайну: ФИО, сведения из документа, удостоверяющего личность, сведения о заключенном с ПАО Сбербанк Кредитном договоре (номер, дата, валюта кредита, место оформления), номере ссудного счета, сумме и сроке потребительского кредита (остаток задолженности по кредиту на дату наступления Страхового случая, а также размер ежемесячного платежа³), выданному ПАО Сбербанк на основании указанного Кредитного договора для цели заключения, исполнения Договора страхования.

Я даю согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.1) на поручение обработки (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) моих персональных данных ПАО Сбербанк (ОГРН 1027700132195, адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19): в целях заключения, исполнения Договора страхования и хранения документов, а также Обществу с ограниченной ответственностью «Облачные технологии» (ОГРН 5167746080057, адрес: 117312, город Москва, ул. Вавилова, д. 23 стр. 1, ком. п1.207): в целях хранения документов, связанных с Договором страхования.

Состав персональных данных: ФИО, дата рождения; пол; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения), адрес регистрации, адрес фактического проживания; номер (-а) телефона (-ов); адрес электронной почты; ИНН; СНИЛС, информация о Договоре страхования, а также, в случае наступления события, имеющего признаки Страхового случая: реквизиты банковского счета для получения страховой выплаты; медицинские и иные сведения, необходимые для принятия решения по событию, имеющему признаки Страхового случая.

Я даю свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1) любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа) и/или частными врачами, у которых я проходил(а) лечение, нахожусь или находился(ась) под наблюдением, а также федеральными государственными учреждениями МСЭ и Фондами ОМС (в т.ч. территориальными) медицинских 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 моей временной нетрудоспособности из Социального фонда России и данных по факту моей смерти из ЕГР ЗАГС, Социального фонда России (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,

² 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 выплату. Основания освобождения Страховщика от страховой выплаты содержатся в Условиях участия.

³ только при наличии риска «Снижение оклада»

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, 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 моей смерти.

Я даю свое согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на передачу Обществу с ограниченной ответственностью «Курьер-Сервис» (ОГРН 1027722013472, адрес: 115088, г. Москва, Угрешская ул., дом 2, стр.55, эт.2, ком. 07А), Акционерному обществу «Почта России» (ОГРН 1197746000000, адрес: 125252, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Хорошевский, ул. 3-я Песчаная, д. 2А), Обществу с ограниченной ответственностью «Экспресс-почта» (ОГРН 1175074009571, адрес: 142100, Московская область, г. Подольск, ул. Комсомольская, д.1, корп. Бытовой, пом. 8, офис 506) моих персональных данных для целей коммуникации со мной в рамках исполнения Договора страхования.

Состав персональных данных: ФИО, почтовый адрес; номер (-а) телефона (-ов).

Я даю свое согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на передачу Акционерному обществу «Российская Национальная Перестраховочная Компания» (ОГРН 1167746727378, адрес: 125047, г. Москва, ул. Гашека, дом 6, Помещение XII) моих персональных данных для целей организации перестрахования в рамках исполнения Договора страхования.

Состав персональных данных: ФИО, дата и место рождения; возраст; пол; страна проживания; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдан), адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; номер (-а) телефона (-ов); адрес электронной почты; ИНН; СНИЛС, сведения о состоянии здоровья (в случае наступления Страхового случая), информация о Договоре страхования.

Настоящие согласия даются мной ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на период действия Договора страхования и 5 (пяти) лет с даты его прекращения. Согласие может быть отозвано путем представления письменного обращения, подписанного мной, в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу: 121170, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп. 1.

Мне понятно, и я согласен(на), что ПАО Сбербанк организывает мое страхование путем заключения договора страхования с ООО СК «Сбербанк страхование жизни» при условии уплаты мною платы за участие в Программе страхования. Если Плата за участие к Программе страхования не была оплачена в полном объеме или была возвращена на мой счет, Договор страхования в отношении меня не заключается.

Я подтверждаю свое согласие оплатить сумму Платы за участие в Программе страхования в размере _____ руб.

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 http://www.sberbank.ru/ru/person/bank_inshure/insuranceprogram/life/accident).

Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю, что КИД, второй экземпляр Заявления на Участие в Программе страхования, Условия участия в Программе страхования, которые применяются в отношении Застрахованных лиц, принятых на страхование начиная с 19 января 2024 года, мне вручены ПАО Сбербанк и мною получены.

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»⁴;
- 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:
Подписано в электронном виде

ОБРАЗЕЦ

⁴Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <http://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>.