

**Заявление на участие в Программе страхования владельцев кредитных карт**  
(добровольное страхование жизни и здоровья владельцев кредитных карт)<sup>1</sup>

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 № \*\*\*\*-Р-\*\*\*\*, 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 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 проверки<sup>2</sup> (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»<sup>3</sup>, 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 (включительно) в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей, перечислять<sup>4</sup> 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 периоде<sup>5</sup> 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). Поручение, указанное в настоящем пункте Заявления, 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 всем Договорам страхования, заключенным в период действия Программы страхования, будут являться:

- по страховым рискам «Смерть», «Смерть от несчастного случая», «Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное

<sup>1</sup> Все термины, содержащиеся в настоящем Заявлении, имеют то же значение, что и в Условиях участия в Программе страхования владельцев кредитных карт.

<sup>2</sup> Дата проверки – число, определенное в Заявлении на участие, 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Перечисление автоматически иницируется Банком при выполнении условий, определенных данным Заявлением.

<sup>5</sup> Очередной период (месяц) - период времени между Датой проверки. Очередной период начинается в Дату проверки, и заканчивается в день, предшествующий следующей Дате проверки.

**установление инвалидности 1 или 2 группы»** - ПАО Сбербанк в размере **Общей задолженности по Кредитной карте на Дату страхового случая** (как она определена Условиями участия в Программе страхования) (при наличии), но не более размера Страховой суммы, установленной в отношении Застрахованного лица договором страхования по данным рискам. В остальной части (а также в случае отсутствия Общей задолженности по Кредитной карте на Дату страхового случая) **Выгодоприобретателем по Договору страхования** является **Застрахованное лицо** (а в случае его смерти - наследники Застрахованного лица);

- по страховым рискам «Временная нетрудоспособность», «Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи» - **Застрахованное лицо** (а в случае его смерти - наследники Застрахованного лица).

**Я согласен(на)** на назначение указанных лиц **Выгодоприобретателями** и заключение Договоров страхования в их пользу. Я подтверждаю, что выбор **Выгодоприобретателей** осуществлен мною лично и по моему желанию.

РАЗМЕР ПЛАТЫ за участие в Программе страхования	
Определяется <b>ежемесячно</b> (при условии наличия Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно) не менее 3 000 рублей) и рассчитывается по следующей формуле: <b>Страховая сумма * на Тариф</b> . Тариф за Участие в ПЕРВОМ, ВТОРОМ этапе Программы страхования является постоянным и составляет 0,445% <sup>6</sup> 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).	
Дата проверки <sup>7</sup> : _____	
Срок страхования (устанавливается <b>каждым Договором страхования</b> в соответствии со следующими условиями):	
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.	
СТРАХОВЫЕ РИСКИ	РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
Первый этап Программы 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:	
«Смерть»	100% Страховой суммы
«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»	

<sup>6</sup> Или 0,89% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно).

<sup>7</sup> 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.

«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)	<b>0,67 %</b> от Страховой суммы, но <b>не более 2 000 руб.</b> за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с 1-го дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно) и <b>не более 75 календарных дней</b>
«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»	<b>0,67%</b> 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 <b>не более 21 календарного дня</b>
<b>Второй этап Программы страхования:</b> для лиц, возраст которых на дату начала Срока страхования по очередному Договору страхования, составляет 70 лет и более:	
«Смерть от несчастного случая»	<b>100%</b> Страховой суммы
<b>ИСКЛЮЧЕНИЯ / ОСВОБОЖДЕНИЕ / ОТКАЗ (п. 3.3. Условий участия)</b>	
(исключения из страхования - это события, которые не являются страховыми случаями и, в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплат): <b>п. 3.10.</b> Условий участия (основания освобождения Страховщика от страховой выплаты); <b>п. 3.11.</b> Условий участия (основания отказа в страховой выплате). <b>Я подтверждаю, что ознакомился с исключениями из страхования, основаниями освобождения страховщика/отказа страховщика от страховой выплаты до подписания настоящего Заявления.</b>	

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

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

**2.2.** При достижении мною возраста 70 лет происходит переход на **ВТОРОЙ ЭТАП** участия в Программе страхования.

**2.3.** Плата за участие в Программе страхования вносится в соответствии с условиями, изложенными в разделе 2 Условий участия.

**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 обеспечивает страхование Клиента путем заключения со Страховщиком Договора страхования. Банк 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 иных случаях, предусмотренных соответствующим Договором на выпуск и обслуживание Банковской карты, в том числе при прекращении указанного договора по любой причине; 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 случая, предусмотренного п. 2.9 настоящего Заявления.

**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 14 (четырнадцати) 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, возврат осуществляется Клиенту Банком в полном размере последней уплаченной Платы за участие в Программе страхования<sup>8</sup>. 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).

---

<sup>8</sup> 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).

**2.10.** Информирование Клиента будет осуществляться в порядке, указанном в п. 2.5 Условий.

**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, 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 указанных в настоящем Заявлении, а также полученных в рамках заключения и исполнения Договора страхования между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» моих персональных данных: ФИО, дата и место рождения (с указанием страны); сведения документа, удостоверяющего личность (далее – ДУЛ), включая тип ДУЛ, серия и номер ДУЛ, дата выдачи ДУЛ, информация об органе, выдавшем ДУЛ, код подразделения, выдавшего ДУЛ; 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 счета Кредитной карты; сведения о состоянии моего 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 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, корпус 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: 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, номер счета Кредитной карты в целях заключения Договора страхования (включая оценку страхового риска), а также его изменения, исполнения, прекращения; реализации процесса взаимодействия с субъектом персональных данных, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, по вопросам оказания и/или продвижения страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование жизни»; контроля и оценки качества обслуживания.

**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 полученных ООО СК «Сбербанк страхование жизни» в процессе исполнения Договоров страхования, в том числе перечисленных в настоящем документе:

- 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 ООО СК «Сбербанк страхование жизни» обязательств по Договорам страхования, по которым я являюсь Застрахованным лицом, включая принятие Страховщиком решения по событию, имеющему признаки Страхового случая, в том числе, принятие решения по Страховой выплате;

- третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных (за исключением специальной категории ПДн) по поручению Страховщика и / или получающим персональные данные на основании заключенных с этими лицами договоров / соглашений (перестрахования, сострахования, агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг (в т.ч. медицинских и иных услуг), обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги, для достижения следующих целей:

- контроля и оценки качества предоставляемой страховой услуги;
- взаимодействия и обмена информацией с субъектом персональных данных, в том числе, путем осуществления прямых контактов с субъектом персональных данных с помощью средств связи, по вопросам оказания и/или продвижения страховых услуг Страховщика;

- участия в программах лояльности;
- принятия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» решения о заключении (в том числе оценки страховых рисков), изменении, прекращении, исполнении Договора страхования, по которому субъект персональных данных будет являться Застрахованным лицом.

Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении. Перечень третьих лиц, не указанных в настоящем документе, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://sberbank-insurance.ru/upload/92/92e5d3d0ce93134ca2016f9682b278ba.pdf>

**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 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» данных по факту своей смерти из Пенсионного 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 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 уведомлен(а)** о необходимости:

- ознакомления с Правилами страхования, размещенными по ссылке <https://sberbank-insurance.ru/up/pravila08501.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) № \_\_\_\_\_, либо № \_\_\_\_\_, либо № \_\_\_\_\_ 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 с Памяткой ознакомлен(а), информация** (в том числе, специальные термины), условия страхования, содержащиеся в Памятке, 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 «20» ноября 2021\_ года, ознакомлен(а) и согласен(а)** (размещены по ссылке

[https://www.sberbank.ru/common/img/uploaded/strahovanie/dsjkk-docs/uslovia\\_uchastia\\_dsh\\_kk\\_1a.pdf](https://www.sberbank.ru/common/img/uploaded/strahovanie/dsjkk-docs/uslovia_uchastia_dsh_kk_1a.pdf)).

При подписании Заявления собственноручной подписью на бумажном носителе подтверждаю, что Памятка, второй экземпляр Заявления на Участие в Программе

страхования, Условия участия в Программе страхования, которые применяются в отношении Застрахованных лиц, принятых на страхование начиная с «20» ноября 2021 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»<sup>9</sup>;
- 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.

---

<sup>9</sup> Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>