

Заявление на участие в программе коллективного добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт в _____ (наименование подразделения Банка)¹

Я, _____, _____ года рождения, паспорт № _____, выдан _____, код подразделения _____, дата выдачи _____, адрес регистрации _____, адрес проживания _____, место рождения _____, гражданство _____, подписывая настоящее Заявление, выражаю согласие на участие в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт (далее – Программа страхования, Программа), и прошу Публичное акционерное общество «Сбербанк России» (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) (далее также – ПАО Сбербанк, Банк) в период действия Программы заключать в отношении меня договоры страхования, согласно которым я буду являться Застрахованным лицом, с Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное наименование: ООО СК «Сбербанк страхование жизни», адрес места нахождения: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г; Лицензия на осуществление страхования СЛ № 3692 (вид деятельности - добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выдана Банком России без ограничения срока действия), именуемом далее – Страховщик, на условиях, изложенных в настоящем Заявлении и Условиях участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт (далее – Условия участия).

Я прошу ПАО Сбербанк в период действия Программы страхования заключать в отношении меня Договоры страхования каждый месяц при условии наличия по кредитной карте, выпущенной и обслуживаемой на основании

Договора на выпуск и обслуживание кредитной карты № _____ от _____ г., заключенного с ПАО Сбербанк, общей задолженности на Дату отчета включительно, указанной в Отчете (за вычетом суммы комиссий Банку), в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей.

Я поручаю ПАО Сбербанк в период моего участия в Программе, ежемесячно при наличии общей задолженности по кредитной карте на дату Отчета (включительно), указанную в Отчете, в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей перечислять со счета банковской карты сумму Очередного взноса за организацию страхования в порядке и на условиях, определенных в настоящем Заявлении, Условиях участия. Поручение, указанное в настоящем пункте Заявления, действует до момента прекращения моего участия в Программе страхования (в том числе по инициативе Банка).

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

1. Страховые риски (с учетом исключений из страхового покрытия):

1.1. Расширенное страховое покрытие - для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего Заявления:

1.1.1. «Смерть от несчастного случая или заболевания»;

1.1.2 «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания»;

1.1.3 «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»;

1.1.4 «Инвалидность 2 группы в результате заболевания»;

1.1.5. «Временная нетрудоспособность».

1.2. Базовое страховое покрытие – для лиц, относящихся к категориям, указанных в п. 2 настоящего Заявления:

1.2.1. «Смерть от несчастного случая».

1. Категории лиц, в отношении которых Договор страхования заключается только на условиях Базового страхового покрытия:

Подпись Застрахованного лица _____

¹ Все термины, содержащиеся в настоящем заявлении, имеют то же значение, что и в Условиях участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт

2.1. Лица, возраст которых на дату подписания настоящего Заявления составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 63 (шестидесяти трех) полных лет;

2.2. Лица, у которых до даты подписания настоящего Заявления (включая указанную дату) были диагностированы следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические заболевания, цирроз печени;

2.3. Лица, признанные на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, инвалидами 1-й, 2-й или 3-й группы;

2.4. Лица, имеющие на дату подписания настоящего Заявления действующее направление на медико-социальную экспертизу.

Я подтверждаю, что уведомлен(а) о случаях, при которых Страховщик может отказать в страховой выплате², а также о наличии исключений из страхового покрытия³, и о том, что является страховым случаем по каждому из указанных в Заявлении страховых рисков, и что такие случаи, исключения и понятия мне были разъяснены, и я был(а) ознакомлен(а) с ними до подписания настоящего Заявления.

3. Срок страхования будет устанавливаться каждым Договором страхования в соответствии со следующими условиями (при условии заключения Договора страхования в отношении Застрахованного лица): в качестве даты начала срока страхования указывается ближайшая Дата отчета указанная в Отчете, на которую образовалась задолженность по кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей, а в качестве даты окончания срока страхования - дата, предшествующая дате формирования следующего Отчета. Дата окончания срока страхования является датой окончания действия договора страхования в отношении Застрахованного лица. Датой отчета является дата, определенная Договором на выпуск и обслуживание кредитной карты, приходящаяся на каждый календарный месяц, в которую ежемесячно формируется отчет по операциям с кредитной картой, содержащий информацию об Общей задолженности на Дату отчета и иную информацию согласно условиям Договора на выпуск и обслуживание кредитной карты. Датой отчета является день месяца, указанный на ПИН-конверте в строке «Дата отчета»; по картам, выпускаемым без ПИН-конверта – день месяца, соответствующий дате, предшествующей дате заключения Договора на выпуск и обслуживание кредитной карты. Если в очередном календарном месяце отсутствует число, являющееся Датой отчета согласно вышеуказанным условиям, то Датой отчета в таком месяце является последний день месяца.

4. Страховая сумма устанавливается каждым Договором страхования. Размер страховой суммы устанавливается равным размеру двукратной Общей задолженности (за вычетом суммы комиссий Банку) на Дату отчета (включительно), указанную в Отчете, но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица. Страховая сумма является постоянной в течение срока действия Договора страхования. Страховая сумма устанавливается единой (совокупно) по всем страховым рискам, установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования.

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

5.1 По страховому риску «**Инвалидность 2 группы в результате заболевания**» размер страховой выплаты составляет 50% (пятьдесят процентов) от Страховой суммы, определяемой в соответствии с п. 4 настоящего Заявления и указанной в Договоре страхования.

Подпись Застрахованного лица _____

² События, которые не являются страховыми случаями (исключения из страхования) не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату. Основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты содержатся в Условиях участия.

³ п. 3.4 и 3.5 Правил страхования.

5.2. По страховому риску «**Временная нетрудоспособность**» размер страховой выплаты составляет за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности 0,67% от Страховой суммы, определяемой в соответствии с п.4 Заявления и указанной в Договоре страхования, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Оплачиваемым периодом нетрудоспособности является период с 16-го календарного дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности включительно.

При этом максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, составляет 75 (семьдесят пять) календарных дней в рамках одного Договора страхования.

6. Выгодоприобретателями по всем договорам страхования, заключенным в период действия Программы страхования, будут являться:

6.1. По всем страховым рискам, указанным в настоящем Заявлении, за исключением страхового риска «Временная нетрудоспособность», - ПАО Сбербанк в размере Общей задолженности по кредитной карте на Дату страхового случая (при наличии). В остальной части (а также в случае отсутствия Общей задолженности по кредитной карте на Дату страхового случая) Выгодоприобретателем по Договору страхования будет являться Застрахованное лицо (а в случае его смерти - наследники Застрахованного лица).

6.2. По страховому риску «Временная нетрудоспособность» - Застрахованное лицо.

Я согласен(на) на назначение указанных в п.6.1 и п.6.2 настоящего Заявления лиц Выгодоприобретателями и заключение Договора страхования в их пользу. Я подтверждаю, что выбор Выгодоприобретателей осуществлен мною лично и по моему желанию.

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

- плата за участие в Программе страхования вносится частями (очередными взносами) в соответствии с условиями, изложенными в разделе 2 Условий участия;

- размер Очередного взноса, подлежащего уплате, определяется ежемесячно (при условии наличия Общей задолженности (за вычетом суммы комиссий Банку) на Дату отчета (включительно), указанную в Отчете, не менее 3 000 (трех тысяч) рублей) и рассчитывается по следующей формуле: удвоенная Сумма Общей задолженности на Дату отчета (за вычетом суммы комиссий Банку) *тариф за организацию страхования в период действия Программы страхования.

Тариф за организацию страхования в период действия Программы страхования является постоянным и составляет 0,35%⁴ от Страховой суммы по Договору страхования, но не более 8 750 (Восьми тысяч семисот пятидесяти) рублей.

- Очередной взнос должен быть уплачен в полном объеме в течение 8 (восьми) календарных дней с Даты отчета (не включая эту дату). В случае, если Очередной взнос не был уплачен в указанный срок или был уплачен не в полном объеме, Договор страхования в очередном месяце в отношении меня не будет заключен;

- при успешном списании Очередного взноса Банк обеспечивает страхование Клиента путем заключения со Страховщиком Договора страхования. Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты успешного списания денежных средств уведомляет Клиента о заключении в отношении него Договора страхования путем направления смс-сообщения с указанием срока страхования и размера страховой суммы;

- если первая попытка списания денежных средств будет unsuccessful, то Банк предпринимает еще одну попытку списания через один день. Если все попытки списания денежных средств окажутся unsuccessful, Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты последней unsuccessful попытки списания информирует Клиента смс-сообщением о причинах не списания Очередного взноса и о том, что страхование в Очередном периоде в отношении него не организовано;

- период (срок) действия Программы страхования, в течение которого Банк будет заключать в отношении меня Договоры страхования, составляет 3 (Три) года с даты подписания настоящего Заявления;

Подпись Застрахованного лица _____

⁴ Или 0,7% от Общей задолженности по Кредитной карте на дату Отчета (включительно), указанную в Отчете.

"• по моей инициативе действие Программы может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления об отказе от участия в Программе и возврате последнего уплаченного Очередного взноса (далее - Заявление об отказе), предоставленного в подразделение Банка при личном обращении.

При этом возврат денежных средств в размере 100% от суммы последнего Очередного взноса производится Банком только в случае подачи Заявления об отказе в течение 7 (семи) календарных дней с даты списания последнего Очередного взноса. Договор страхования в отношении такого Клиента не заключается, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем обращения.

Если Заявление подано после истечения 7 (семи) календарных дней с даты списания последнего Очередного взноса, то уплаченные денежные средства возврату не подлежат⁵. При этом, Договор страхования, заключенный в текущем периоде (по которому был уплачен последний Очередной взнос), продолжит действовать до окончания срока страхования, определенного Договором страхования, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем окончания срока страхования."

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 ознакомлен(на) с Условиями участия и согласен(на) с ними, в том числе с тем, что участие в Программе страхования является добровольным и мой отказ от участия в Программе страхования не повлечет отказа в предоставлении банковских услуг.

Я разрешаю ПАО Сбербанк предоставлять ООО СК «Сбербанк страхование жизни» информацию о Договоре на выпуск и обслуживание кредитной карты, указанном в настоящем Заявлении (в том числе о размере Общей задолженности по кредитной карте на Дату страхового случая), для целей принятия Страховщиком решения по произошедшему со мной событию, имеющему признаки страхового случая, и целей исполнения Договоров страхования, 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 и передачу ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г) моих персональных данных, предоставленных мною ПАО Сбербанк в связи с заключением и исполнением в отношении меня Договоров страхования, включая совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение всех моих персональных данных (в том числе о состоянии моего здоровья), в целях заключения в отношении меня Договоров страхования между ПАО Сбербанк и Страховщиком, а также исполнения, изменения, прекращения Договора страхования, получения страховой выплаты. Согласие на обработку персональных данных дается мной 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 окончания срока действия Программы, если в период действия Программы Договоры в отношении меня не были заключены), увеличенный на пять лет, и может быть отозвано мною в любой момент путем передачи ПАО Сбербанк подписанного мною письменного уведомления.

Подпись Застрахованного лица _____

⁵ За исключением, если договор страхования в отношении такого лица не был заключен.

Я уведомлен(а) о необходимости:

- ознакомления с Правилами страхования, размещенными по ссылке <https://www.sberbank-insurance.ru/upload/eb/eb61ad528919cda4342002c4da897b87.pdf>;
- незамедлительно сообщать ПАО Сбербанк об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Я даю согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г) на поручение обработки, передачу персональных данных третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных 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 обслуживания; оказания услуг технической поддержки корпоративных систем ООО СК «Сбербанк страхование жизни»; исполнения Договора страхования, в том числе принятия решения по страховому событию; а также я даю согласие на осуществление трансграничной передачи персональных данных на территорию государств, обеспечивающих и не обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных, в целях перестрахования рисков в рамках исполнения, прекращения Договора страхования, если такой будет заключен.

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» 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. Я согласен, 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 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 окончания срока действия Программы, если в период действия Программы Договоры в отношении меня не были заключены), увеличенный на пять лет, и может быть отозвано путем представления Страховщику по его адресу письменного обращения за подписью субъекта персональных данных 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 пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Подпись Застрахованного лица _____

Я согласен(на) уплачивать Очередные взносы в соответствии с условиями, изложенными в настоящем Заявлении и Условиях участия со счета банковской карты:

Памятку, второй экземпляр Заявления, Условия участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт, которые применяются в отношении лиц, принятых на страхование начиная с «19» мая 2019 года, мне вручены ПАО Сбербанк и мною получены.

С Памяткой ознакомлен(а), информация (в т.ч. специальные термины) в ней мне понятна (-ы).
Дата заполнения Заявления: года.

Подпись Застрахованного лица _____