

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 _____, гражданство _____, подписывая настоящее Заявление, выражаю согласие на участие в программе коллективного добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт (далее – Программа, Программа страхования), 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 коллективного 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 (далее – Кредитная карта), Общей задолженности на Дату отчета (за вычетом суммы комиссий Банку) по Кредитной карте, 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 в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей, перечислять с указанного мною ниже счета банковской карты Плату за участие в Программе страхования в порядке и на условиях, определенных в настоящем Заявлении и 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».

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

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 70 (семидесяти) полных лет;

Подпись Застрахованного лица _____

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 предшествующая ближайшая Дата отчета, 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, 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.

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:

Подпись Застрахованного лица _____

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:

- 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;

- Плата за участие в Программе страхования перечисляется со счета банковской карты в соответствии с условиями, изложенными в разделе 2 Условий участия, **ежемесячно** (при условии наличия Общей задолженности (за вычетом суммы комиссий Банку) по Кредитной карте на Дату отчета в размере 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 участие в Программе страхования.

Тариф за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования является постоянным и составляет 0,445%⁴ от Страховой суммы по Договору страхования, но не более 8 750 (восемью тысяч семисот пятидесяти) рублей.

- Плата за участие в Программе страхования должна быть перечислена в полном объеме в течение 8 (восьми) календарных дней с Даты отчета по Кредитной карте (не включая эту дату). В случае, если Плата за участие в Программе страхования не была перечислена в указанный срок, Договор страхования в Очередном периоде в отношении меня не будет заключен;

- при успешном перечислении Платы за участие в Программе страхования Банк обеспечивает страхование Клиента путем заключения со Страховщиком Договора страхования. Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты перечисления Платы за участие в Программе страхования со счета банковской карты уведомляет Клиента о заключении в отношении него Договора страхования путем направления СМС-сообщения с указанием Срока страхования и размера Страховой суммы;

- если первая попытка перечисления Платы за участие в Программе страхования будет unsuccessful, то Банк предпринимает еще одну попытку перечисления через один день. Если все попытки перечисления денежных средств окажутся unsuccessful, Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты последней unsuccessful

⁴ Или 0,89% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета.

попытки перечисления информирует Клиента СМС-сообщением о невозможности перечисления Платы за участие в Программе страхования и о том, что страхование в Очередном периоде в отношении него не организовано;

- по моей инициативе действие Программы может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления об отказе от участия в Программе и возврате Платы за участие в Программе страхования за текущий Очередной период (далее - Заявление об отказе), предоставленного в подразделение Банка при личном обращении.

При этом возврат денежных средств в размере 100% от суммы Платы за участие в Программе страхования производится Банком за последний оплаченный Очередной период страхования при условии направления Заявления об отказе в течение 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой перечисления Платы за участие в Программе страхования в текущем Очередном периоде. Договор страхования в отношении такого Клиента не заключается, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем обращения.

Подпись Застрахованного лица _____

Если заявление подано после истечения 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой перечисления Платы за участие в Программе страхования в текущем Очередном периоде, то уплаченные денежные средства возврату не подлежат⁵. При этом, Договор страхования, заключенный в текущем Очередном периоде, 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 Программе страхования, 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 заключения и исполнения Договоров страхования, 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 моих персональных данных: дата и место рождения (с указанием страны); возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство, сведения о состоянии моего здоровья, совершением следующих 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, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, в целях заключения в отношении меня Договоров страхования между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни», а также исполнения, изменения, прекращения Договора страхования, получения Страховой выплаты и передачу (предоставление, доступ) персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г). Согласие на

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

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 путем подачи ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» письменного уведомления.

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.

Настоящим **я даю согласие** ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г) 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: возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство, 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

Подпись Застрахованного лица _____

Я даю согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г) на 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 перечисленные в настоящем документе, включая, передачу персональных данных:

- АО "Интеркомп" (121357, г. Москва, ул. Вере́йская д. 29, стр. 33) в целях исполнения ООО СК «Сбербанк страхование жизни» обязательств по Договорам страхования, по которым я являюсь Застрахованным лицом, включая принятие решения по событию, имеющему признаки Страхового случая, в том числе, принятия 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 Страховщиком 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 Договоров страхования, в том числе принятия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» решения по событию, имеющему признаки Страхового случая.

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/b3/b36711986efb1233580ff55f5261ad32.docx>

Я даю свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г) 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, 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 ООО СК «Сбербанк страхование жизни» дается мною 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 ООО СК «Сбербанк страхование жизни» письменного заявления.

Подпись Застрахованного лица _____

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».

Я согласен(на) на списание Банком Платы за участие в Программе страхования на основании данного мною выше поручения в соответствии с условиями, изложенными в настоящем Заявлении и Условиях участия, со счета банковской карты: № _____.

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

С Памяткой ознакомлен(а), информация (в т.ч. специальные термины) в ней мне понятна (-ы).

Дата подписания Заявления: _____ года.

Подпись Застрахованного лица _____