

Заявление на участие в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт в (наименование филиала Банка)*

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 рублей.

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:

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

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

2.3. Лица, являющиеся 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 заполнения настоящего Заявления действующее направление на медико-социальную экспертизу.[†]

Я подтверждаю, что уведомлен(а) о случаях, при которых Страховщик может отказать в страховой выплате, а также о наличии исключений из страхового покрытия по страховому риску «Временная нетрудоспособность», и о том, что является страховым случаем по каждому из указанных в Заявлении

* 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

страховых рисков, и что такие случаи, исключения и понятия мне были разъяснены, и я был(а) ознакомлен(а) с ними до заполнения 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, предшествующая дате направления СМС-сообщения с информацией о сумме Очередного взноса, подлежащего уплате., 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 выдачи 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 указанной в Отчете двукратной Общей задолженности (за вычетом суммы комиссий Банку) на ближайшую Дату отчета, предшествующую дате направления СМС-сообщения с информацией о сумме Очередного взноса, подлежащего уплате, 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.

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.

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 на Дату отчета, за вычетом суммы комиссий Банку, не менее 3 000 рублей) и рассчитывается по следующей формуле: 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 составляет 0,7%;

- сумма Очередного взноса, подлежащего уплате, указывается Банком в СМС-сообщении, направляемом в очередном месяце в дату, следующую за первым календарным днем после Даты отчета. Очередной взнос будет списываться автоматически с использованием услуги «Автоплатеж» с указанного мною счета.

Я уведомлен(а), что могу отказаться от списания суммы Очередного взноса в случае отказа от страхования в очередном месяце, направив ответный код отказа, содержащийся в СМС-сообщении Банка с информацией о сумме Очередного взноса, в ответном СМС-сообщении Банку до 24 часов 00 минут дня, в котором Банком направлено СМС-сообщение;

- Очередной взнос должен быть уплачен в полном объеме в течение 6 (шести) 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;

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

- если срок с даты заполнения настоящего Заявления до ближайшей Даты отчета составляет менее 14 календарных дней (дата заполнения Заявления в этот срок не входит), то в месяце, на который приходится ближайшая к оформлению Заявления Дата отчета, страхование Банком не организовывается, Очередной взнос не взимается, и Договор страхования не заключается;

- по моей инициативе действие Программы может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления, предоставленного в подразделение Банка при личном обращении. При этом возврат Очередных взносов, внесенных за организацию страхования, не производится, если страхование Клиента Банком было организовано (были заключены Договоры 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 заполнения 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 отозван мною в любой момент путем передачи ПАО Сбербанк подписанного мною письменного уведомления.

Я уведомлен(а) о необходимости 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 заполнения 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 отозван 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».

Я согласен(на) уплачивать Очередные взносы в соответствии с условиями, изложенными в настоящем Заявлении и Условиях участия.

Я ознакомлен(а) с "Условиями предоставления услуги "Автоплатеж"[‡] и согласен(а) на подключение этой услуги для оплаты очередных взносов за участие в Программе страхования на условиях, указанных в Заявлении и Условиях участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт, со счета банковской карты:

Дата заполнения Заявления:

Подпись Застрахованного лица _____

"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

«20» января 2018 года, мне вручены ПАО Сбербанк и мною получены.

С Памяткой (Приложение № 1 к настоящему Заявлению) ознакомлен(а), информация (в т.ч. специальные термины) в ней мне понятна (-ы)."

Подпись Застрахованного лица _____

[‡] Условия предоставления Услуги «Автоплатеж» и информация об услуге «Автоплатеж» размещаются на сайте Банка и информационных стендах внутренних структурных подразделениях Банка."