

Заявление на участие в Программе страхования владельцев кредитных карт
(добровольное страхование жизни и здоровья владельцев кредитных карт)¹

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 участие² 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 Отчета³ (включительно), указанную в Отчете, 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»⁴, 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).

• **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, перечислять⁵ со счета банковской карты, указанного в Заявлении, сумму Платы за участие в Программе страхования (*состоящую из комиссии Банка за участие в Программе страхования (включая НДС) и компенсация расходов Банка на оплату страховой премии Страховщику*) в Очередном периоде⁶ 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»;
- 1.1.6. «Дистанционная медицинская консультация».

Подпись Застрахованного лица _____

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

² Клиент информируется Банком об участии в Программе страхования путем направления SMS-сообщения об участии Клиента в Программе в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты подписания настоящего Заявления.

³ Дата Отчета – 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 и иную информацию согласно условиям договора на выпуск и обслуживание кредитной карты.

⁴ Адрес места нахождения: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корпус 1. Лицензия на осуществление страхования СЛ №3692 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выдана Банком России без ограничения срока действия.

⁵ Перечисление автоматически иницируется Банком при выполнении условий, определенных данным Заявлением.

⁶ Очередной период (месяц) - период времени между Датами Отчета. Очередной период начинается в Дату Отчета, и заканчивается в день, предшествующий следующей Дате Отчета.

- 1.2. Базовое страховое покрытие** – для лиц, относящихся к любой(ым) категории(ям), указанных в п. 2.1 настоящего Заявления:
- 1.2.1. «Смерть от несчастного случая»;
- 1.2.2. «Дистанционная медицинская консультация».
- 1.3. Специальное страховое покрытие** - для лиц, относящихся к любой(ым) категории(ям), указанной(ым) в п. 2.2. настоящего Заявления:
- 1.3.1. «Смерть от несчастного случая или заболевания»;
- 1.3.2. «Дистанционная медицинская консультация».
- 1.4. Индивидуальное страховое покрытие** - для лиц, относящихся к категории, указанной в п. 2.3. настоящего Заявления:
- 1.4.1. «Смерть от несчастного случая или заболевания»;
- 1.4.2. «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания»;
- 1.4.3. «Временная нетрудоспособность»;
- 1.4.4. «Дистанционная медицинская консультация».

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

2.1. Базового страхового покрытия:

2.1.1. Лица, возраст которых на дату подписания настоящего Заявления составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 70 (семидесяти) полных лет;

2.1.2. 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;

2.2. Специального страхового покрытия:

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

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

2.3. Индивидуального страхового покрытия:

2.3.1. Лица, являющиеся на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, инвалидами 3-й группы.

Я подтверждаю, что уведомлен(а) о случаях, при которых Страховщик может отказать в Страховой выплате, а также о наличии исключений⁷ из Страхового покрытия по Страховому риску «Временная нетрудоспособность», «Дистанционная медицинская консультация» 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):

3.1. Дата начала срока страхования:

3.1.1. по всем Страховым рискам, указанным в настоящем Заявлении, за исключением риска «Дистанционная медицинская консультация»: Дата Отчета на которую образовалась Общая задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей;

Подпись Застрахованного лица _____

⁷ 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.

3.1.2. по Страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»: дата⁸ (при условии, что дата приходится на рабочий день), следующая за датой списания со счета банковской карты Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде.

3.2. Дата окончания Срока страхования:

3.2.1. по всем Страховым рискам, указанным в настоящем Заявлении: дата, предшествующая дате очередного Отчета, следующего за Отчетом, в котором была указана Общая задолженность по Кредитной карте, в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей.

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, по состоянию на которую 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 Кредитной карты. Если в очередном календарном месяце отсутствует число, являющееся датой Отчета согласно вышеуказанным условиям, то Датой Отчета в таком месяце является предыдущий день месяца.

4. Страховая сумма устанавливается каждым Договором страхования в отношении Застрахованного лица. Размер страховой суммы:

4.1. по Страховому риску «Смерть от несчастного случая» (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по Базовому страховому покрытию)/ по Страховым рискам, указанным в пп.1.1.1 – 1.1.5 настоящего Заявления (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по Расширенному страховому покрытию)/по Страховому риску «Смерть от несчастного случая или заболевания» (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по Специальному страховому покрытию)/по Страховым рискам, указанным в пп. 1.4.1 - 1.4.3. настоящего Заявления (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по Индивидуальному страховому покрытию) устанавливается равным размеру двукратной Общей задолженности по Кредитной карте на ближайшую Дату Отчета, но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

4.2 по Страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» - 4 000 (четыре тысячи) рублей.

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

5.1. Страховая выплата по страховым рискам, указанным в пп. 1.1.1. - 1.1.5, 1.2.1, 1.3.1, 1.4.1-1.4.3 настоящего Заявления определяется в следующем порядке:

5.1.1. Размер Страховой выплаты по страховым рискам «Смерть от несчастного случая» (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по Базовому страховому покрытию), «Смерть от несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая», (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по Расширенному страховому покрытию) устанавливается равным 100% (ста процентам) страховой суммы, определяемой в соответствии с п. 4.1 настоящего Заявления и указанной в Договоре страхования.

5.1.2. По страховому риску «Инвалидность 2 группы в результате заболевания» размер страховой выплаты составляет 50% (пятьдесят процентов) от страховой суммы, определяемой в соответствии с п. 4.1 настоящего Заявления и указанной в Договоре страхования.

5.1.3. 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.4.1. настоящего Заявления и указанной в Договоре страхования, но не

Подпись Застрахованного лица _____

⁸ Если дата приходится на нерабочий (праздничный) день, то датой начала Срока страхования является ближайший рабочий день, следующий за датой списания Платы за участие в Программе страхования.

более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Оплачиваемым периодом нетрудоспособности является период с 16-го (шестнадцатого) 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.

5.1.4. Размер Страховых выплат совокупно по всем страховым рискам, из числа указанных в пп. 1.1.1. - 1.1.5, 1.2.1, 1.3.1, 1.4.1-1.4.3 настоящего Заявления за весь Срок страхования по всем произошедшим с Застрахованным лицом страховым случаям и не может превышать размера Страховой суммы, определяемой в соответствии с п. 4.1 настоящего Заявления и указанной в отношении него в Договоре страхования:

5.2. По страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» Страховщик в счет Страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских услуг в порядке, объеме и на условиях, которые предусмотрены программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация» (далее – Программой ДМС), размещаемой на сайте Страховщика (https://sberbank-insurance.ru/upload/mce/programma_dms_kk.pdf).

Порядок получения Застрахованным лицом медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, определен в Программе ДМС. В случае обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских услуг после того, как стоимость всех ранее организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, указанной в п. 4.2. настоящего Заявления, такие услуги не подлежат организации и оказанию Застрахованному лицу.

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 страховых рисков «Временная нетрудоспособность», «Дистанционные медицинские консультации» - ПАО Сбербанк в размере Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Страхового случая (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 Договорам страхования будет являться Застрахованное лицо (а в случае его смерти - наследники Застрахованного лица).

6.2. По Страховым рискам «Временная нетрудоспособность» и «Дистанционные медицинские консультации» - Застрахованное лицо.

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

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

7.1. 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.

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

7.3. Размер Платы за участие в Программе страхования, подлежащий уплате, определяется **ежемесячно** (при условии наличия Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете, не менее 3 000 рублей) и рассчитывается по следующей формуле: Страховая сумма⁹, определенная Договором страхования, умноженная на тариф за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования.

Подпись Застрахованного лица _____

⁹ Определяемая в соответствии с п. 4.1. настоящего Заявления.

Тариф за Участие в Программе страхования в период действия Программы страхования является постоянным и составляет 0,445%¹⁰ от Страховой суммы¹¹ по Договору страхования (но не более 8 750 (Восьми тысяч семисот пятидесяти) рублей).

7.4. Плата за участие в Программе страхования в Очередном периоде должна быть уплачена в полном объеме в течение 8 (восьми) календарных дней с Даты Отчета (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.

7.5. 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 с указанием размера списанной за участие в Программе страхования в Очередном периоде, Срока страхования и размера Страховой суммы в текущем Очередном периоде.

7.6. Если первая попытка списания будет unsuccessful, то Банк предпринимает еще не менее одной попытки списания в течение 8 (восьми) календарных дней от Даты Отчета (не включая эту дату). Банк информирует Клиента о причинах не списания средств путем направления SMS-сообщения. Если все попытки списания окажутся unsuccessful, Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты последней unsuccessful попытки списания информирует Клиента SMS-сообщением о невозможности списания Платы за участие и о том, что страхование в Очередном периоде в отношении него не организовано.

7.6.1. Списание Платы за участие не будет совершаться в следующих случаях: счет Кредитной карты закрыт; Кредитная карта заблокирована; срок действия Кредитной карты истек; отсутствуют средства в полном размере Платы за участие в программе страхования в Очередном периоде; по Счету Кредитной карты приостановлены операции в соответствии с Условиями использования банковских карт ПАО Сбербанк; при прекращении участия Клиента в Программе (в том числе по инициативе Банка).

7.7. По инициативе Клиента участие в Программе может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления Клиента о прекращении участия в Программе страхования, предоставленного в любое подразделение Банка при личном обращении. 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. 7.9 настоящего Заявления.

7.8. По инициативе Банка участие Клиента в Программе страхования может быть прекращено досрочно в случае:

7.8.1. достижения Клиентом предельного возраста (74 года);

7.8.2. нарушения Клиентом условий Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты или прекращения срока действия такого договора;

7.8.3. приостановления по Счету Кредитной карты операций в соответствии с Условиями использования банковских карт ПАО Сбербанк;

7.8.4. принятия Банком решения о прекращении действия Программы (закрытии Программы) с обязательным размещением информации о закрытии Программы на официальном сайте Банка и уведомлением SMS-сообщением Клиентов (в срок не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до

Подпись Застрахованного лица _____

¹⁰ Или 0,89% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете (включая плату за «Дистанционную медицинскую консультацию» в размере 8,4 руб.).

¹¹ Определяемой в соответствии с п. 4.1. настоящего Заявления.

предполагаемой даты закрытия Программы страхования), участвующих в Программе, о прекращении действия Программы. Страхование по Договорам страхования, заключенным в период действия Программы, продолжает действовать до окончания срока страхования, определенного в Договорах страхования.

7.9. 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 страхования¹². 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).

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» 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 моих персональных данных: дата и место рождения (с указанием страны); возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство, адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; контактная информация, 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, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение 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 и передачу (предоставление, доступ) персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корпус1). 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 мной путем подачи ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» письменного заявления.

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; контактная информация, 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

Подпись Застрахованного лица _____

¹² Проценты, начисленные Банком на сумму уплаченной Платы за участие (по Счету кредитной карты), возврату не подлежат.

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, корпус 1) на поручение обработки 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 перечисленных в настоящем документе, включая передачу персональных данных:

- АО "Интеркомп" (121357, г. Москва, ул. Верейская 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, 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 обслуживания;
- оказания услуг технической поддержки корпоративных систем ООО СК «Сбербанк страхование жизни»;
- 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/b3/b36711986efb1233580ff55f5261ad32.docx>.

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, 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, 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 уведомлен(а) о необходимости:

- ознакомления с Правилами страхования, размещенными по ссылке <https://sberbank-insurance.ru/upload/67/6780726b424f96fc39e3659da64e82bb.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 счета банковской карты №_____ в соответствии с поручением, содержащимся в настоящем Заявлении, и условиями, изложенными в настоящем Заявлении и Условиях участия.

Я подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления:

- С Памяткой ознакомлен(а), информация (в том числе, специальные термины) в ней мне понятна(-ы), условия страхования, содержащиеся в Памятке, мне разъяснены;
- С Условиями участия в Программе страхования ознакомлен (а) до подписания настоящего Заявления на Участие в Программе страхования и согласен (на) с ними;

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 «__»_____2019 года, мне вручены ПАО Сбербанк и мною получены.

Дата подписания Заявления: _____ года.

Подпись Застрахованного лица _____(_____)