

**Заявление на участие в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для 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 жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для 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 Отчета<sup>2</sup> (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»<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).

- **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<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 компенсация 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, действует до момента прекращения моего участия в Программе страхования (в том числе по инициативе Банка).

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

<sup>1</sup> Все термины, содержащиеся в настоящем Заявлении, имеют то же значение, что и в Условиях участия в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт

<sup>2</sup>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.

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

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

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

**Мне понятно, и я согласен(на)** с тем, что Программа страхования **включает в себя ДВА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ** этапа и Договоры страхования в отношении меня будут заключаться на следующих условиях:

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

п. 1.1. **ПЕРВЫЙ ЭТАП** Программы страхования: начало Очередного периода в первые три календарных месяца с даты подписания Заявления:

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

1.1.1.1. «Смерть от несчастного случая или заболевания»;

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

1.1.1.3 «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»;

1.1.1.4 «Инвалидность 2 группы в результате заболевания»;

1.1.1.5. «Временная нетрудоспособность».

1.1.2. **Базовое страховое покрытие** – для лиц, относящихся к любой(ым) категории(ям), указанных в п. 2.1 настоящего Заявления:

- «Смерть от несчастного случая».

1.1.3. **Специальное страховое покрытие** - для лиц, относящихся к любой(ым) категории(ям), указанной(ым) в п. 2.2. настоящего Заявления:

- «Смерть от несчастного случая или заболевания».

1.1.4. **Индивидуальное страховое покрытие** - для лиц, относящихся к категории, указанной в п. 2.3. настоящего Заявления:

- «Смерть от несчастного случая или заболевания»;

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

- «Временная нетрудоспособность».

п. 1.2. **ВТОРОЙ ЭТАП** Программы страхования: начало Очередного периода начиная с четвертого календарного месяца с даты подписания Заявления:

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

1.2.1.1. Риски, указанные в пп. 1.1.1. Заявления;

1.2.1.2. «Диагностирование особо опасного заболевания».

1.2.2. **Базовое страховое покрытие** – для лиц, относящихся к любой(ым) категории(ям), указанных в п. 2.1 настоящего Заявления: - «Смерть от несчастного случая».

1.2.3. **Специальное страховое покрытие** - для лиц, относящихся к любой(ым) категории(ям), указанной(ым) в п. 2.2. настоящего Заявления: - «Смерть от несчастного случая или заболевания».

1.2.4. **Индивидуальное страховое покрытие** - для лиц, относящихся к категории, указанной в п. 2.3. настоящего Заявления: риски, указанные в пп. 1.1.4. Заявления.

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

**Мне понятно, и я согласен(на)**, что Страховой риск «Диагностирование особо опасного заболевания» будет предусмотрен в договорах страхования, заключаемых в отношении

Застрахованного лица начиная с **четвертого месяца** с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования, при **одновременном** соблюдении следующих условий:

- на дату начала срока страхования (включая указанную дату) возраст Застрахованного лица составляет **более 18** (восемнадцати) лет **или менее 70** (семидесяти) полных лет;

- на дату начала срока страхования (включая указанную дату), устанавливаемую в отношении Застрахованного лица в каждом договоре страхования, Застрахованному лицу **не диагностированы** следующие Заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические Заболевания, цирроз печени;

- до даты начала срока страхования (включая указанную дату), устанавливаемую в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, Застрахованному лицу не была установлена инвалидность 1-й, 2-й или 3-й группы;

- в период, начиная с даты подписания Заявления на участие до даты начала срока страхования, устанавливаемую в отношении Застрахованного лица в каждом договоре страхования, Застрахованному лицу **не была установлена инвалидность** 1-й, 2-й или 3-й группы;

- на дату начала срока страхования Застрахованное лицо **не имеет** действующее направление на медико-социальную экспертизу.

**2. Категории лиц**, в отношении которых Договор страхования заключается только на условиях:

**2.1. Базового страхового покрытия:**

2.1.1. Лица, возраст которых на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 70 (семидесяти) полных лет;

2.1.2. Лица, у которых до даты начала срока страхования (включая указанную дату), установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, 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, которым в период, начиная с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования, до даты начала срока страхования, установленной в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, была установлена инвалидность 1-й или 2-й группы;

2.2.3. Лица, имеющие на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, действующее направление на медико-социальную экспертизу;

2.2.4. Лица, до даты подписания Заявления на участие в Программе страхования (в течение последних 2 (двух) лет) признанные инвалидами 1-й или 2-й группы.

**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;

2.3.2. Лица, до даты подписания Заявления на участие в Программе страхования (в течение последних 2 (двух) лет) признанные инвалидами 3-й группы.

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 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: Дата Отчета на которую образовалась Общая задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей;

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 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, 1.2.1 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. 1.1.4. 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.

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

5.1. Страховая выплата по страховым рискам, указанным в пп. 1.1.1.1 - 1.1.1.5, 1.1.2, 1.2.1.2 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» (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по **Специальному** страховому покрытию); «Смерть от несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания» (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по **Индивидуальному** страховому покрытию); «Смерть от несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая», «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая», «Диагностирование особо опасного заболевания» (для Застрахованного лица, принимаемого на страхование по **Расширенному** страховому покрытию) устанавливается равным 100% (ста процентам) от Страховой суммы,

определяемой в соответствии с п. 4 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 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 настоящего 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 (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, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица, 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 настоящего Заявления и указанной в отношении него в Договоре страхования.

**Я подтверждаю**, что уведомлен(а) о случаях, при которых Страховщик может отказать в Страховой выплате, а также о наличии исключений<sup>6</sup> по Страховым рискам «Временная нетрудоспособность», «Диагностирование особо опасного заболевания» 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.

**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), 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 Страховому риску «Временная нетрудоспособность» - **Застрахованное лицо**.

**Я согласен(на)** на назначение указанных в п. 6 настоящего Заявления лиц Выгодоприобретателями и заключение Договоров страхования в их пользу. Я подтверждаю, что выбор Выгодоприобретателей осуществлен мною лично и по моему желанию.

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

---

<sup>6</sup> 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.

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

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

- 7.1. Программа страхования состоит из **ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ** этапов, Банк организывает страхование в отношении меня до момента прекращения моего участия в Программе страхования (в том числе по инициативе Банка).
- 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 сумма, определенная Договором страхования, умноженная на соответствующий тариф (пп. 7.3.1 или пп. 7.3.2 Заявления) за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования. Тариф за участие* в Программе страхования в период действия Программы страхования является изменяемым и **составляет**:
- 7.3.1. **ЭТАП ПЕРВЫЙ** – 1,1%<sup>7</sup> от Страховой суммы по Договору страхования (но не более 8 750 (Восьми тысяч семисот пятидесяти) рублей);
- 7.3.2. **ЭТАП ВТОРОЙ** – 1,15%<sup>8</sup> от Страховой суммы по Договору страхования (но не более 8 750 (Восьми тысяч семисот пятидесяти) рублей).

В случае если Очередной период, по которому возникли условия для списания Платы за участие в Программе страхования, начался в третьем календарном месяце с даты подписания настоящего Заявления, и часть Очередного периода приходится на четвертый календарный месяц с даты подписания настоящего Заявления, к соответствующему Очередному периоду применяется тариф за участие в Программе страхования для первого этапа участия в Программе страхования.

- 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.

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

<sup>7</sup> Или 2,2% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете.

<sup>8</sup> Или 2,3% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете.

7.6. Если первая попытка списания будет unsuccessful, то Банк предпринимает еще не менее одной попытки списания в течение 8 (восемь) 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 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; при прекращении участия Клиента в Программе страхования (в том числе по инициативе Банка).

7.7. 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. 7.9 настоящего Заявления.

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

7.8.1. приостановление операций по счету Кредитной карты/блокировки Кредитной карты в соответствии с условиями Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты или нарушения Клиентом указанного договора или прекращения срока действия такого договора, в том числе в связи с закрытием счета карты;

7.8.2. по счету Банковской карты (по счетам всех банковских карты, если указаны несколько счетов), с которой(ых) осуществляется списание Платы за участие в Программе страхования, приостановлены операции/карта(ы) заблокирована(ы) в соответствии с соответствующим договором на выпуск и обслуживание банковской карты или договор на выпуск и обслуживание карты прекратился, в том числе в связи с закрытием счета карты;

7.8.3. 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 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;

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

7.8.4. списание Платы за участие в Программе страхования не проходит успешно более 3 (трех) отчетных периодов, в которых срабатывают условия Программы страхования (в случае наличия по карте Общей задолженности на Дату отчета (включительно), в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей).

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 страхования<sup>9</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).

7.10. Информирование Клиента будет осуществляться в порядке, указанном в п. 2.5 Условий участия.

**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 исполнения Договора страхования между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» моих персональных данных, включая: ФИО, дата и место рождения (с указанием страны); сведения документа, удостоверяющего личность; возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство, адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; контактная информация; номер Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты; сведения

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

---

<sup>9</sup> Проценты, начисленные Банком на сумму уплаченной Платы за участие (по счету кредитной карты), возврату не подлежат (если сумма платы за участие в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт).



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, передачу (предоставление, доступ) персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.1) и АО «Интеркомп» (121357, г. Москва, ул. Верейская д. 29, стр. 33) 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 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 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 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».

Настоящим я **даю согласие** ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.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, номер Договора на выпуск и обслуживание 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 полученные ООО СК «Сбербанк страхование жизни» в процессе исполнения договоров страхования, в том числе перечисленных в настоящем документе:

- 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 Страховщиком решения по событию, имеющему признаки Страхового случая, в том числе, принятия решения по Страховой выплате;

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

- 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 вышеуказанных 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, корп.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.

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_

*Рекомендовано для лиц, не относящихся к категориям, указанным в п. 2 настоящего заявления*

**Настоящее согласие** дается мной ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на период действия Договора страхования и 3 (трех) 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 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/up/pravila52.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 № \_\_\_\_\_, 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) в ней мне понятна(-ы), условия страхования, содержащиеся в Памятке, мне разъяснены;
- **я подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления 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 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 года, мне вручены ПАО Сбербанк и мною получены.

Дата подписания Заявления: \_\_\_\_\_ года.

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)