

**Заявление на присоединение к Программе коллективного страхования держателей локальных платежных карт, а также платежных карт категорий Standard, Classic и Gold, выезжающих за рубеж
(Далее - Программа страхования №2)**

1. Настоящим я, _____ (Фамилия, Имя, Отчество согласно указанному в общероссийском паспорте), _____ (Фамилия, Имя согласно указанному в загранпаспорте¹), паспорт серия _____ № _____ выдан «__» _____ г. _____, подписывая настоящее Заявление, подтверждаю свое согласие:

быть Застрахованным по Договору коллективного страхования (далее - «Договор страхования»), заключенному между АО «Россельхозбанк» (далее - «Банк») и АО СК «РСХБ-Страхование» (далее - «Страховщик»),

застраховать по Договору страхования несовершеннолетнего _____ (Фамилия, Имя, Отчество, согласно указанному в свидетельстве о рождении/общероссийском паспорте), _____ (Фамилия, Имя, согласно указанному в загранпаспорте), паспорт серия _____ № _____ выдан «__» _____ г. _____, в отношении которого я являюсь опекуном/представителем в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации.

застраховать по Договору страхования следующих лиц:

Фамилия Имя отчество в соответствии с загранпаспортом	Дата рождения

Я уведомлен, что страховым случаем по Договору страхования является обращение Застрахованного лица за оказанием медицинской, медико-транспортной и иной помощи вследствие произошедшего ним несчастного случая или внезапного заболевания в период его путешествия и фактическое произведение расходов, связанных с оказанием необходимой помощи.

Прошу включить расширенное покрытие на события, произошедшие в результате занятий Застрахованного лица следующими видами спорта: горнолыжный спорт (mountain skiing), сноубординг (snowboarding), сёрфинг (surfing), дайвинг (skin diving), подводная охота (spearfishing), виндсёрфинг (windsurfing), кайтсёрфинг (kitesurfing).

2. Мне известно, что действие Договора страхования в отношении Застрахованного может быть досрочно прекращено по моему желанию.

3. Я уведомлен, что присоединение к Программе страхования №2 (Приложение 1 к Заявлению) не является условием для получения платежной карты Банка.

Присоединение к Программе страхования №2 является для меня добровольным, а услуга по подключению к Программе страхования №2 является дополнительной услугой Банка.

Я подтверждаю / не подтверждаю (*нужное подчеркнуть*), что Страховая компания выбрана мной добровольно, и что я уведомлен(-а) Банком о своем праве выбрать любую другую страховую компанию по своему усмотрению, либо отказаться от распространения на меня действия Договора страхования.

4. С Программой страхования №2, являющейся неотъемлемой частью настоящего Заявления, ознакомлен, возражений по условиям Программы страхования №2 не имею и обязуюсь ее выполнять. Программу страхования №2 получил. _____ (ФИО).

(подпись)

Срок страхования указан в Программе страхования №2.

5. В соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» я даю согласие любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять Закрытому акционерному обществу «Страховая компания «РСХБ-Страхование», осуществляющему страхование по Программе страхования №2, и сервисной компании, предоставляющей и/или организующей предоставление услуг, указанных в Программе страхования №2, за рубежом (в стране временного пребывания) любые сведения, связанные с лицами, указанными в п. 1 настоящего Заявления и составляющие врачебную тайну. Данное согласие имеет силу в период действия в отношении меня Договора страхования, увеличенного на 12 (двенадцать) месяцев.

6. Я уведомлен(на) Банком и согласен(на) с тем, что Застрахованными лицами по Договору страхования являются лица, указанные в п. 1 настоящего Заявления на условиях Программы страхования №2 с момента подписания настоящего Заявления.

7. За сбор, обработку и техническую передачу информации обо мне, связанную с распространением на меня условий Договора страхования я обязан уплатить вознаграждение Банку, кроме этого, мной осуществляется компенсация расходов Банка на оплату страховой премии Страховщику. Совокупность указанных сумм составляет величину страховой платы, которую я обязан единовременно уплатить Банку в соответствии с утвержденными тарифам в размере ____ (_____) за весь срок страхования. В случае неуплаты страховой платы в размере, указанном в данном пункте, страхование не осуществляется.

¹ Заграничный паспорт гражданина Российской Федерации

8. Настоящим Заявлением я, _____ (ФИО), даю своё согласие Открытому акционерному обществу «Российский Сельскохозяйственный банк» (ОГРН 1027700342890 от 22.10.2002, регистрационный номер 3349 от 24.04.2000, местонахождение: Российская Федерация, 119034, г. Москва, Гагаринский переулок, дом 3; далее – Банк) и Закрытому акционерному обществу «Страховая компания «РСХБ-Страхование» (ОГРН 1023301463503 от 16.12.2002, регистрационный номер 517 от 07.07.1995, местонахождение: Российская Федерация, 119034, г. Москва, Гагаринский переулок, дом 3; далее – Страховщик) и сервисной компании, предоставляющей и/или организующей предоставление услуг, указанных в Программе страхования №2, за рубежом (в стране временного пребывания), далее - Сервисная компания, на обработку моих персональных данных, включая данные, содержащиеся в настоящем заявлении, с соблюдением принципов и правил обработки, определенных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Банк, Сервисная компания и Страховщик вправе осуществлять обработку моих персональных данных в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" путем совершения следующих действий - сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), включая трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с использованием как автоматизированной информационной системы, так и бумажных носителей, в целях присоединения к Программе страхования №2, и заключения Банком и Страховщиком Договора страхования в отношении меня, а также выполнения Страховщиком условий Договора страхования, совершенствования и расширения оказываемых Банком и Страховщиком услуг, повышения качества обслуживания, проведения статистических и маркетинговых исследований, а также для информирования меня с использованием любых каналов связи по выбору Банка и Страховщика (почтовой рассылки, электронной почты, телефона, sms-информирования, факсимильной связи, сети Интернет) о существующих и/или вводимых в действие продуктах и услугах Банка и Страховщика.

При этом под моими персональными данными понимается любая имеющая ко мне отношение информация, в том числе сведения и информация о фамилии, имени, отчестве, годе, месяце, дате и месте рождения, адресе, семейном, социальном, имущественном положении, образовании, профессии, доходах, а также любая иная информация, переданная Банку и/или Страховщику мной лично либо поступившая в Банк и/или Страховщику иным законным способом.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч.3 ст.18 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих персональных данных мне предоставлена информация о наименовании и адресе оператора, о цели обработки персональных данных и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта персональных данных.

Также я подтверждаю, что обрабатываемые Банком и Страховщиком персональные данные не составляют личную и семейную тайну лиц, указанных в п. 1 настоящего Заявления.

Настоящее Согласие действует в период срока действия в отношении меня Договора страхования, а также в следующие 5 лет, начиная со дня, следующего за днем прекращения такого Договора страхования, а при отсутствии отзыва согласия, его действие считается продленным на каждые следующие 5 лет.

Я уведомлен о том, что вправе отозвать свое согласие. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления об отзыве согласия в адрес оператора персональных данных. Согласие считается отозванным по истечении 30 календарных дней с момента получения Банком и Страховщиком соответствующего заявления. Я согласен(а) с тем, что уведомление об уничтожении персональных данных будет вручаться мне (моему представителю) по местонахождению Банка или Страховщика.

Я даю свое согласие и поручаю Банку при наступлении страхового случая передать Страховщику любые сведения и копии любых документов, в том числе, содержащих банковскую тайну, включая, но не ограничиваясь сведения и документы Держателя карты. Настоящее согласие действует с даты подписания настоящего Заявления по дату прекращения страхования и/или выполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования. Настоящим я доверяю Банку предоставлять Страховщику и иным третьим лицам документы и сведения обо мне, содержащие банковскую тайну, для достижения указанных выше целей, действуя от моего имени в качестве представителя. Срок действия полномочия Банка на передачу сведений обо мне, содержащих банковскую тайну, совпадает со сроком действия согласия на обработку персональных данных. Настоящим я даю согласие на информирование меня, в том числе, в рекламных целях, о существующих и/или вводимых в действие продуктах и услугах Банка и Страховщика путем осуществления прямых контактов со мной при помощи обезличенных сетей электросвязи по усмотрению Банка и Страховщика, включая, но не ограничиваясь, почтовой рассылки, электронной почты, телефона, sms-информирования, факсимильной связи, сети Интернет. При этом я соглашаюсь, что Банк и Страховщик вправе осуществлять хранение и уничтожение персональных данных в течение срока хранения документов, установленного законодательством, связанным с архивным делопроизводством.

«___» _____ 20__ г. _____ /Ф.И.О. Застрахованного лица или его законного представителя (полностью)/