

## Заявление на присоединение к Программе коллективного страхования держателей кредитных карт от несчастных случаев или болезней (далее - Программа страхования №5)

1. Настоящим я, \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_, заявляю, что на момент подписания настоящего Заявления:

- не являюсь инвалидом I, II или III группы и не имею действующего направления на медико-социальную экспертизу;
- не обращался за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа и мне неизвестно, являюсь ли я носителем ВИЧ-инфекций и не болен ли я СПИДом;
- не страдаю психическими заболеваниями и (или) расстройствами;
- не состою на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных диспансерах;
- я не получал когда-либо лечения по поводу злокачественных новообразований (в т.ч. злокачественных болезней крови и кроветворных органов), сердечно-сосудистых заболеваний, осложнённых сердечно-сосудистой недостаточностью, циррозом печени, почечной недостаточностью, не переносил когда-либо инсульт, инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии;
- не страдаю от сахарного диабета, любой формы паралича, заболеваний сердца, легких, головного мозга, печени, почек, поджелудочной железы, щитовидной железы;
- мне не был когда-либо установлен диагноз гипертония/гипертензия/гипотония/гипотензия;
- не нахожусь под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не участвовал в ликвидации Чернобыльской аварии и не являюсь лицом, подвергшимся эвакуации в связи с Чернобыльской аварией.

2. Подписывая настоящее Заявление, я 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»), страховыми рисками по которому являются: смерть в результате несчастного случая и болезни и установление инвалидности I или II группы  в результате несчастного случая и болезни.

3. 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 тарифами в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) % от страховой суммы за каждый оплаченный период. В случае неуплаты страховой платы в размере, указанном в данном пункте, страхование не осуществляется.

Мне известно, что если будет установлено, что я в момент присоединения к Договору страхования подпадал под любую из категорий, перечисленных в п. 1 настоящего Заявления, то Договор страхования признается недействительным в отношении меня с момента распространения на меня действия Договора страхования. При этом возврату мне подлежит часть страховой платы, равная сумме страховой премии, внесенной за меня Страхователем.

Я даю свое согласие на уплату страховой платы за счет кредитных средств. \_\_\_\_\_ (ФИО). \_\_\_\_\_ (подпись)

Я уведомлен, что Банк вправе ежемесячно списывать денежные средства с моего счета без дополнительного распоряжения с оформлением расчетных документов (в том числе банковского ордера), выставляемых Банком, в размере сумм страховой платы. Условия настоящего пункта являются заранее данным акцептом, который предоставлен мною Банку без ограничения по количеству распоряжений Банка, выставляемых в соответствии с условиями настоящего заранее данного акцепта, а также без ограничения по их сумме.

4. Я понимаю и согласен с тем, что в случае наступления со мной события, предусмотренного Программой страхования № 5, Выгодоприобретателем являюсь я сам, а в случае моей смерти Выгодоприобретателями являются мои наследники.

5. Мне известно, что действие Договора страхования в отношении меня может быть досрочно прекращено по моему желанию. При этом мне также известно, что в соответствии со статьей 958 ГК РФ и согласно условиям Договора страхования возврат мне страховой платы или ее части при досрочном прекращении Договора страхования не производится.

6. 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 \_\_\_\_\_

\* Для Застрахованных лиц, подключаемых к Программе страхования №5 на территории Чеченской Республики и Республики Дагестан, страховым случаем признается инвалидность I группы в результате несчастного случая и болезни.

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.

7. Я уведомлен, что присоединение к Программе страхования №5 (Приложение 1 к Заявлению) не является условием для получения кредитной карты Банка.

Присоединение к Программе страхования №5 является для меня добровольным, а услуга по подключению к Программе страхования №5 является дополнительной услугой Банка.

Я подтверждаю, что Страховщик выбран мной добровольно, и что я уведомлен(-а) Банком о своем праве выбрать любую другую страховую компанию по своему усмотрению, либо отказаться от заключения Договора страхования.

8. Я подтверждаю, что вся информация, приведенная в настоящем Заявлении, является полной и достоверной. Мне известно, что Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случае сообщения мною недостоверной информации.

9. С Программой страхования №5, являющейся неотъемлемой частью настоящего Заявления, ознакомлен, возражений по условиям Программы страхования №5 не имею и обязуюсь ее выполнять. Программу страхования №5 получил. \_\_\_\_\_ (ФИО).

(подпись)

Срок страхования и страховая сумма указаны в Программе страхования №5.

10. 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 Страховщику любые сведения, связанные со мной и составляющие врачебную тайну. Данное согласие имеет силу в период действия в отношении меня Договора страхования, увеличенного на 12 (двенадцать) месяцев.

11. Я уведомлен(на) Банком и согласен(на) с тем, что я являюсь Застрахованным лицом на условиях Программы страхования №5 с момента внесения мною страховой платы за подключение к Программе страхования №5 и дополнительные уведомления о подключении меня к Программе страхования №5 мне не направляются.

12. 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) 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 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 №5, 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 Федерального закона 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.

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 полностью/