

Заявление на присоединение к Программе добровольного коллективного страхования жизни и здоровья заёмщиков АО «Банк «Вологжанин» (далее Программа страхования)

1. Настоящим Я _____, _____ года рождения, (фамилия имя отчество)
паспорт № _____, выдан _____ года, адрес регистрации _____, заявляю, что на момент подписания настоящего Заявления:
- мой возраст не менее 18 лет и на установленную договором дату погашения кредита мой возраст будет менее 65 лет;
 - я не являюсь инвалидом и не имею оснований (в том числе оформленных соответствующим документом - направлением) для назначения группы инвалидности и не являлся инвалидом ранее, не прошедшим очередное переосвидетельствование МСЭ;
 - я не болен СПИДом и не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирование);
 - моя трудоспособность не является ограниченной в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью и не была ограничена непрерывно (в течение 30 дней и более) на протяжении предшествовавших 2 лет;
 - я не получал лечения по какому-либо поводу в стационарном медицинском учреждении (включая дневной стационар) непрерывно (в течение 15 дней и более) на протяжении предшествующих 2 лет;
 - я не страдаю психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами, алкоголизмом, не принимаю наркотические, токсические, психотропные, сильнодействующие вещества без предписания врача;
 - я не состою на учете, не получаю лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом, и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере;
 - я не нахожусь на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании;
 - я не нуждаюсь в постоянном уходе по состоянию здоровья;
 - я не нахожусь под следствием и не осуждён к лишению свободы;
 - я не страдал ранее и не страдаю следующими заболеваниями: обструктивная болезнь лёгких, стенокардия, ишемическая болезнь сердца, аритмия, сердечная недостаточность, ревматизм и другие сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, любая форма паралича, нервные и психические заболевания и (или) расстройства, цирроз печени, болезнь Крона, язвенный колит, хроническая почечная недостаточность, поликистоз почек, гепатит В и/или С и/или D, и/или E, и/или F, сахарный диабет, а также не прохожу в настоящее время и не проходил ранее обследование и мне не был поставлен диагноз по поводу любого вида опухоли, рака, лейкемии, лимфомы;
 - на протяжении последнего года я выполняю свою работу без какими-либо ограничений по состоянию здоровья.

2. Ознакомившись с условиями страхования, я согласен быть застрахованным, и прошу АО «Банк «Вологжанин» (далее Банк) предпринять действия для распространения на меня условий Договора добровольного коллективного страхования (далее Договор страхования), заключенного между Банком (Страхователем) и ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (далее Страховщик), страховыми рисками по которому являются: смерть от любой причины и первичное установление инвалидности I или II группы по любой причине в период действия в отношении меня Договора страхования, кроме случаев, предусмотренных как «События, не являющиеся страховым случаем» в Программе страхования.

Я понимаю и согласен со следующим порядком определения страховой суммы и срока страхования. Страховая сумма на день распространения на меня действия Договора страхования составляет _____ руб.

В период страхования размер страховой суммы изменяется и в каждый момент времени ее размер равен фактической задолженности по Кредитному договору № _____ от _____ (далее – Кредитный договор), но не более размера страховой суммы, установленной на день распространения на меня действия Договора страхования.

Срок страхования составляет _____. При этом я понимаю и согласен с тем, что при полном досрочном погашении мною задолженности по Кредитному договору, сроком окончания его страхования является дата полного погашения им задолженности по Кредитному договору.

3. Я имею право на самостоятельный выбор выгодоприобретателя и назначаю АО «Банк «Вологжанин» Выгодоприобретателем по вышеуказанному Договору страхования на сумму своей задолженности перед Банком по Кредитному договору № ____ от _____ на дату наступления со мной страхового случая.

4. Я уведомлен и понимаю то, что я имею право отказаться от присоединения к Договору страхования, а также то, что присоединение к Договору страхования не является условием для получения кредита и мой отказ от страхования не может являться основанием для отказа в заключении со мной кредитного договора.

(подпись Застрахованного лица) (_____)¹
(ФИО полностью)

¹ Подпись Заявителя проставляется на каждой странице, если заявление оформляется на 2 (двух) листах.

5. Я проинформирован и понимаю то, что присоединение к Программе страхования является для меня добровольным, а услуга по подключению к Программе страхования является дополнительной услугой Банка.
6. Я утверждаю, что сведения, касающиеся моего здоровья и возраста, соответствуют действительности, и я понимаю, что характер этих сведений является основанием для принятия меня на страхование. Я понимаю и согласен с тем, что ложные сведения, а также сокрытие фактов, касающихся нарушений моего здоровья, дают Страховщику право отказать в страховой выплате.
7. За сбор, обработку и техническую передачу информации обо мне, связанную с распространением на меня условий Договора страхования, а также за компенсацию затрат по распространению на меня условий Договора страхования, я обязан уплатить Банку плату в размере _____ руб. Я понимаю и согласен с тем, что в случае неуплаты мною указанной суммы, страхование не осуществляется. Я понимаю и согласен с тем, что в случае моего отказа от участия в Программе страхования Страхователь не возвращает уплаченную мною плату в соответствии с настоящим пунктом.
8. Я даю свое согласие на передачу Банком Страховщику сведений и документов, касающихся событий, имеющих признаки страхового случая или заключенного Кредитного договора с даты подписания настоящего Заявления по дату прекращения страхования.
9. С Программой страхования, являющейся неотъемлемой частью настоящего Заявления, ознакомлен, условия страхования мне понятны и возражений по ним я не имею. Я понимаю и согласен с тем, что в любой момент могу запросить любую необходимую мне информацию, касающуюся моего страхования.
10. Я даю свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщику) документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.
11. Я даю согласие Банку и Страховщику на обработку моих персональных данных, содержащиеся в настоящем заявлении и иных документах, переданных для заключения договора страхования в целях заключения и исполнения в отношении меня договора страхования, а также в целях информирования меня о других продуктах и услугах Страховщика. Согласие дается с даты подписания настоящего заявления по дату истечения пятилетнего срока с момента прекращения или исполнения договора страхования. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в адрес Страховщика. Страховщик имеет право осуществлять следующие действия с персональными данными любым способом: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Подпись Застрахованного лица _____

Я уведомлен(на) Банком и _____ (согласен/не согласен вписывается от руки заемщиком) с тем, что я являюсь Застрахованным лицом на условиях Программы страхования с момента внесения мною платы за подключение к Программе страхования и дополнительные уведомления о подключении меня к Программе страхования мне не направляются.

Подпись Застрахованного лица _____

Дата заполнения Заявления: «__» _____ 20__ г.

Второй экземпляр Заявления, экземпляр Программы страхования мне вручены Банком и мною получены.

Подпись Застрахованного лица _____ /Ф.И.О. полностью/

«__» _____ 20__ г.

Подпись представителя Страхователя _____ /Ф.И.О. полностью/

«__» _____ 20__ г.