

## ФОРМА

### Заявление на страхование к Договору добровольного коллективного страхования № 611-пр-п от 01.06.2023 г. (далее Договор страхования).

1. Настоящим Я, **ФИО**, паспорт гражданина РФ: **серия номер, выдан наименование органа, выдавшего паспорт, когда выдан** код подразделения (если имеется) **код подразделения**, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии): **ИНН**, адрес регистрации: **адрес регистрации**, место работы: **наименование организации**, должность: **должность**, заявляю, что на момент подписания настоящего Заявления:

- мой возраст составляет не менее 18 лет и будет составлять не более 65 лет на момент окончания в отношении меня действия страхования;

- я не болен социально значимыми заболеваниями (туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением), сердечно-сосудистые заболевания, цирроз печени.

2. Ознакомившись с условиями страхования, я согласен быть застрахованным и прошу АО «Банк «Вологжанин» (далее Страхователь) предпринять действия для распространения на меня условий Договора страхования, заключенного между Страхователем и ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (далее Страховщик), страховыми рисками по которому являются (указаны краткие наименования страховых рисков в соответствии с Договором страхования):

- «Смерть Застрахованного»,
- «Установление Застрахованному инвалидности I, II».

**Я ознакомлен, понимаю и согласен, что по страховым рискам «Смерть Застрахованного», «Установление Застрахованному инвалидности I, II группы» страховая сумма устанавливается единой в размере цифрами (прописью) на дату подписания настоящего Заявления.** В период действия в отношении меня Договора страхования страховая сумма по указанным страховым рискам изменяется в соответствии с моей фактической задолженностью по **Кредитному договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ г.**, но не более размера страховой суммы, установленной на дату начала страхования.

**Я согласен со следующим сроком страхования: количество месяцев с 00:00 часов ДД.ММ.ГГГГ по 24:00 часов ДД.ММ.ГГГГ.**

Размер Страховой суммы на дату подписания Заявления и срок страхования в отношении меня указываются в Списке Застрахованных лиц.

3. Я назначаю Выгодоприобретателем по страховым рискам «Смерть Застрахованного», «Установление Застрахованному инвалидности I, II» АО «Банк «Вологжанин»

4. Я уведомлен и понимаю то, что присоединение к Договору страхования является добровольным, и 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.

5. Я проинформирован и понимаю то, что услуга по подключению к Договору страхования является дополнительной услугой, оказываемой Страхователем.

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. Оплата услуг производится одновременно в размере **цифрами (прописью)** рублей, из которых **цифрами (прописью)** рублей - это плата за сбор, обработку и техническую передачу информации обо мне, связанную с распространением на меня условий страхования, а **цифрами (прописью)** рублей - страховая премия, уплачиваемая Страхователем Страховщику за осуществление страхования. В случае неуплаты мной указанной суммы Страхователю, действие Договора страхования на меня не осуществляется.

8. Я ознакомлен с тем, что могу письменно отказаться от страхования по Договору. Я понимаю и согласен с тем, что:

- в случае моего отказа от страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты начала страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат Страхователь вернет мне денежные средства, уплаченные мной в соответствии с п. 7 настоящего Заявления, а Договор страхования в отношении меня будет признан несостоявшимся (недействительным);

- в случае моего отказа от страхования по причине полного досрочного исполнения мной обязательств по кредитному договору, при условии отсутствия в период с даты начала страхования до даты отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат Страхователь вернет мне денежные средства, уплаченные мной в соответствии с п. 7 настоящего Заявления, за вычетом их части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

- в случае моего отказа от страхования по причине ненадлежащего информирования об условиях страхования (непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования), при условии отсутствия в период с даты начала страхования до даты отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат Страхователь вернет мне денежные средства, уплаченные мной в соответствии с п. 7 настоящего Заявления, за вычетом их части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

- в случае моего отказа от страхования по основаниям, не указанным в настоящем пункте, Страхователь не возвращает плату, уплаченную мной в соответствии с п.7 настоящего Заявления.

9. Я даю своё согласие на передачу Страховщику сведений и документов, в том числе касающихся событий, имеющих признаки страхового случая с даты подписания настоящего Заявления по дату прекращения страхования.

10. Я заявляю о том, что получил(а) полную и подробную информацию об условиях страхования и согласен(на) с ними, они мне понятны и возражений по ним я не имею.

11. Я даю своё 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» 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.

12. Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», я предоставляю Страховщику, и лицам, действующим по их поручению, право на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, в том числе и трансграничную передачу, в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую защиту, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству, способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, указанных в заявлении, в том числе персональных данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения договора страхования, урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи - телефону, факсу, мобильной связи, электронной почте, СМС-сообщений и т.д., информации об исполнении договора страхования, напоминания об окончании срока действия страхования), напоминания о необходимости внесения платежа по договору страхования, поздравлений с Днём рождения, с общероссийскими праздниками, оповещений о продуктах и специальных акциях Страховщика и его партнёров. При этом такое согласие даётся мной Страховщику на срок действия страхования и на 5 лет после окончания срока страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени после окончания срока действия страхования путем передачи Страховщику подписанного лично письменного уведомления.

13. Я согласен(-на) с тем, что в случае сокрытия или предоставления мной заведомо ложной информации, в том числе о состоянии своего здоровья, на момент подписания данного Заявления, Договор страхования в отношении меня подлежит признанию недействительным с момента включения меня в список Застрахованных лиц.

**Я уведомлен(-на) Страхователем и согласен(-на) с тем, что я являюсь Застрахованным лицом на условиях Договора страхования с момента внесения мною платы за подключение к Договору страхования и дополнительные уведомления о подключении меня к Договору страхования мне не направляются.**

Я, Застрахованное лицо, подтверждаю, что Ключевой информационный документ мне вручен, изложенная в нем информация мною прочитана и мне понятна.

Второй экземпляр Заявления мне вручен Страхователем и мною получен.

Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О.)

Дата заполнения Заявления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.