

Приложение № 1  
к Договору добровольного коллективного  
страхования жизни и здоровья заемщиков  
кредита с дополнительным покрытием на  
случай дожития до потери постоянного места  
работы № АГ/2018/07 от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Форма 1  
(оформляется в 2-х экземплярах)

**Заявление на присоединение  
к Договору добровольного коллективного страхования жизни и здоровья заемщиков кредита с  
дополнительным покрытием на случай дожития до потери постоянного места работы**

1. Настоящим Я, \_\_\_\_\_,  
Фамилия, имя, отчество

ДАТА РОЖДЕНИЯ			МЕСТО РОЖДЕНИЯ		
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ	СЕРИЯ		НОМЕР		
	КОГДА ВЫДАН				
	КЕМ ВЫДАН				
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	ИНДЕКС			ОБЛАСТЬ, ГОРОД	
	УЛИЦА			ДОМ, КОРПУС, КВАРТИРА	

данные которого указаны в кредитном договоре № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ (далее - «Кредитный договор»), заключенного мною с АО !Банк «Вологжанин» заявляю, что на дату подписания настоящего Заявления:

- мой возраст в настоящее время превышает 18 и будет составлять менее 65 лет на момент окончания договора страхования;
- я не являюсь инвалидом 1 и 2 группы по общему заболеванию, мне никогда ранее не назначалась группа инвалидности, не имею оснований (в том числе оформленных соответствующим документом – направлением на МСЭ) для назначения группы инвалидности;
- мне никогда ранее не диагностировались и в настоящее время я не имею следующие заболевания: сердечно-сосудистой системы (в том числе инсульт, инфаркт, стенокардия, кардиомиопатия, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушение сердечного ритма, ревмокардит, тромбоз, сердечно-сосудистая недостаточность), онкологические заболевания, злокачественные или доброкачественные опухоли, злокачественные заболевания крови и кроветворных органов, цирроз печени, язвенная болезнь, почечная недостаточность, сахарный диабет, бронхиальная астма, туберкулез, паралич, гепатит С, заболевания опорно-двигательного аппарата, ограничивающие движение, близорукость или дальнозоркость свыше 6 диоптрий, заболевания глаз (катаракта, глаукома);
- моя трудоспособность не является ограниченной в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью и не была ограничена непрерывно в течение 30 (тридцати) дней и более на протяжении предшествовавших 2 (двух) лет;
- я не получал лечения по какому-либо поводу в стационарном медицинском учреждении (включая дневной стационар) непрерывно (в течение 15 (пятнадцати) дней и более) на протяжении предшествующих 3 (трех) лет;
- я не страдаю ожирением (вес в кг – (рост см-100) не превышает 20).
- параметры моего артериального давления не ниже 90/60 мм рт.ст. и не превышают 130/95 мм рт.ст;
- я не обращался за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа и мне неизвестно, что я являюсь носителем ВИЧ;
- я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансере;
- не нахожусь под следствием и не осужден к лишению свободы;
- моя профессиональная деятельность не связана с повышенным риском (работа на высоте 15 м и выше, на воде, под водой, под землей, с горючими, взрывчатыми, химическими, радиоактивными веществами, с источниками электрического тока высокого напряжения, с использованием огнестрельного оружия).
- в настоящее время я работаю полный рабочий день и полную рабочую неделю на основании трудового договора;
- мой общий трудовой стаж более 1 (одного) года, стаж на последнем месте работы составляет не менее 6 (шести) месяцев, я не прохожу испытания по приему на работу;
- я не нахожусь в неоплачиваемом отпуске;
- я не работаю по совместительству;
- я не имею права на получение государственной пенсии по старости;
- я не являюсь индивидуальным предпринимателем, сотрудником органов внутренних дел, гражданским служащим или лицом, с которым заключен служебный контракт (контракт о службе или иной документ), положения которого не

регулируются Трудовым Кодексом РФ и/или который не может быть расторгнут по инициативе работодателя на основании п. 1 и п. 2 ч. 1 ст. 81 Трудового Кодекса РФ.

2. Мне известно и я согласен с тем, что по Договору страхования страховыми рисками являются:
  - 2.1. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая;
  - 2.2. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее впервые назначение инвалидности I группы инвалидности
  - 2.3. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее впервые назначение инвалидности II группы инвалидности
  - 2.4. Дожитие Застрахованного лица до потери им постоянного места работы по следующим основаниям:
    - расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с ликвидацией организации либо прекращением деятельности индивидуальным предпринимателем (п.1 части 1 ст.81 Трудового кодекса РФ);
    - расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи сокращением численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя(п.2 части 1 ст.81 Трудового кодекса РФ).
3. Я согласен с назначением Банка основным Выгодоприобретателем по вышеуказанному Договору страхования в сумме фактической задолженности по кредиту (сумма основного долга и проценты по кредиту) при наступлении страховых случаев «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая», «Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее впервые назначение инвалидности I или II группы». В части Страховой выплаты, превышающей сумму фактической задолженности перед Банком (суммы основного долга и процентов по кредиту), в том числе и после полного досрочного погашения моей Задолженности по кредиту, Выгодоприобретателем по Договору страхования (дополнительным Выгодоприобретателем) являюсь я, а в случае моей смерти - наследники.

В части страховой выплаты по риску дожития Застрахованного лица до потери постоянного места работы Выгодоприобретателем по Договору страхования являюсь я.

Я уведомлен и согласен, что пени и/или штрафы, начисленные в соответствии с условиями Кредитного договора не включаются в страховую выплату и подлежат погашению мной или моими наследниками.
4. Согласен, что срок страхования в отношении меня установлен в соответствии с условиями Договора страхования, указан в Списке застрахованных лиц (Приложение №2 к Договору страхования) и соответствует сроку действия кредитного договора.

Я уведомлен и согласен, что в случае отрицательного решения Банка о возможности предоставления мне кредита, страхование в рамках Договора страхования не осуществляется.

Я понимаю и согласен с тем, что в случае досрочного погашения кредита я остаюсь Застрахованным до окончания срока страхования в соответствии с условиями страхования, изложенными в Памятке Застрахованного лица.
5. Я понимаю и согласен с тем, что обязан сообщить Банку и Страховщику о наступлении события, обладающего признаками страхового случая по риску «Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее впервые назначение инвалидности I или II группы» и по риску «Дожитие Застрахованного лица до потери им постоянного места работы», не позднее 30 (тридцати) календарных дней после данного события или с даты устранения обстоятельств, препятствующих соблюдению этого срока. Сообщение считается сделанным, если в указанный срок оно представлено Банку или Страховщику в свободной форме в письменном виде или по электронной почте (по адресам, указанным в Памятке Застрахованного лица).
6. С Условиями страхования, изложенными в Памятке Застрахованного лица, ознакомлен, возражений по условиям страхования не имею, обязуюсь выполнять.
7. Я даю согласие на обработку персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе (в интересе субъекта персональных данных) на следующих условиях:
  - а) оператор, осуществляющий обработку персональных данных:

- АО «УРАЛСИБ Жизнь» (далее по тексту Страховщик), местонахождение: Российская Федерация, 117342, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 65, к.1,
  - б) цель обработки:

для исполнения Договора страхования, стороной или Выгодоприобретателем которого является субъект персональных данных, в т.ч. в целях организации оказания медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования, проверки качества, обоснованности и объемов оказанных медицинских услуг.

для заключения Договора страхования по инициативе субъекта персональных данных или Договора, по которому субъект персональных данных будет являться Выгодоприобретателем,

для осуществления прав и законных интересов Страховщика,

для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей,

в целях продвижения услуг Страховщика, АО «Страховая группа «УралСиб», ПАО «БАНК УРАЛСИБ» и ООО СК "УРАЛСИБ СТРАХОВАНИЕ" на рынке, в том числе для распространения рекламы о продуктах и услугах путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи (в том числе телефонной связи и интернета).

в) перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие - персональные данные субъекта персональных данных (в т. ч. персональные данные о состоянии здоровья - данные о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, и иную информацию о состоянии здоровья и частной жизни, полученных в результате обследования и лечения, профилактики и реабилитации), указанные в настоящем согласии, заявлении о страховании и приложениях к нему, Договоре страхования, документах, представляемых согласно Договору страхования при наступлении страхового случая, изменении или досрочном прекращении Договора, а также документах, заполняемых медицинскими и фармацевтическими работниками в ходе обследования и лечения, профилактики, реабилитации и репатриации,

г) перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

- получать персональные данные, в том числе о состоянии здоровья и сведения, составляющие врачебную тайну, от медицинских и лечебно-профилактических организаций, медицинских и фармацевтических работников, которые участвуют в проверке качества, обоснованности и объемов оказанных медицинских услуг, в обследовании и лечении, профилактики, реабилитации и репатриации,
- поручить обработку персональных данных третьим лицам (кроме данных о состоянии здоровья):
- операторам сотовой связи: ПАО «ВымпелКом» (127083, г. Москва. Ул. Восьмого марта, д. 10, строение, 14), ПАО «МегаФон» (115035, г. Москва, Кадашевская набережная, д. 30), ПАО «МТС» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4), ООО «Т2 Мобайл» (125212, Россия, г. Москва, Ленинградское шоссе д. 39А стр. 1),
- ФГУП «Почта России» (131000, Москва, Варшавское шоссе, д. 37),
- ПАО «БАНК УРАЛСИБ» (119048, Российская Федерация, город Москва, ул.Ефремова, д. 8),
- АО Страховая группа «УралСиб» (117342, Российская Федерация, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 65, к.1),
- ООО СК "УРАЛСИБ СТРАХОВАНИЕ" (117342, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 65, корп. 1, этаж 14, пом.1401),
- другим лицам, наименование или фамилия, имя, отчество и адрес которых указывается на документах, используемых при заключении и исполнении Договора страхования (страховым агентам и брокерам, банковским учреждениям, медицинским учреждениям, оценщикам и т.п.),
- осуществлять трансграничную передачу персональных данных.

д) общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных - с использованием средств автоматизации или без использования таких средств,

е) срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных – в течение срока действия Договора страхования, периода исполнения обязательств и срока исковой давности по требованиям, вытекающим из Договора страхования, в период для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей

ж) способ отзыва текущего согласия на обработку персональных данных - посредством составления письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Страховщика. Отзыв должен содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер Договора, дата заключения Договора), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором, подпись субъекта персональных данных или его представителя.

8. Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь и исследовавшим состояние моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.
9. Я уведомлен и понимаю, что страхование в рамках Договора страхования является добровольным.

Второй экземпляр Заявления и Памятка Застрахованного лица мне вручены Банком, мне понятны и я с ними согласен.

\_\_\_\_\_ /Ф.И.О. Заемщика полностью/

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ БАНКОМ

ТОЧКА ПРОДАЖ	
--------------	--

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО:**

ДОЛЖНОСТЬ	ПОДПИСЬ	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА		

*М.П.*