

ЗАЯВЛЕНИЕ

на включение в Программу добровольного страхования

Я понимаю и соглашаюсь, что, подписав настоящее Заявление, я буду являться Застрахованным лицом по Договору добровольного группового страхования жизни и от несчастных случаев и болезней и на случай дожития до события недобровольная потеря работы № 100711/СОВКОМ-П от 10 июля 2011 г. (далее – Договор страхования), заключенному между ПАО «Совкомбанк» (далее – Банк) и АО «МетЛайф» г. Москва, ул. Бутырская д. 76., стр. 1 (далее – Страховщик) по одной из нижеперечисленных Программ страхования с учетом соответствия критериям принятия на страхование.

Возраст заявителя	Страховые события по Программе 21 *	Страховые события по Программе 22 *
От 18 лет до 54 лет (для женщин) / 59 лет (для мужчин)	а) Смерть в результате несчастного случая или болезни; б) Постоянная полная нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни.	в) Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания.
От 55 лет (для женщин) / 60 лет (для мужчин) до 85 лет	а) Смерть в результате несчастного случая; б) Постоянная полная нетрудоспособность в результате несчастного случая.	
<p>По Программе 21 могут быть застрахованы только лица, которые на момент подписания настоящего Заявления:</p> <p>а) работают по трудовому договору не менее 35 часов в неделю в течение 9 и более месяцев подряд у одного работодателя или 12 месяцев подряд по трудовому договору с несколькими работодателями в совокупности; б) не осведомлены о своем возможном увольнении или сокращении в ближайшие 3 месяца, и не намерены увольняться, а также не находятся в процессе увольнения с настоящего места работы.</p> <p>Не подлежат страхованию по Программе 21 следующие категории лиц:</p> <ol style="list-style-type: none"> Зарегистрированные в качестве ИП, адвокатов, частных нотариусов или имеющих иной аналогичный статус, а также работающих на основании гражданско-правового договора. Временно нетрудоспособные, а также находящиеся в отпуске по беременности и родам на момент обращения для включения в Программу 5. Находящиеся в отпуске без сохранения заработной платы, занятые на временных и сезонных работах; работающие на условиях неполного рабочего дня или неполной рабочей недели при продолжительности рабочего времени менее 35 часов в неделю. <p>Работающие на условиях совместительства, могут застраховать риск недобровольной потери работы только по основному месту работы.</p>		
Определение программы страхования, подпись клиента:	Настоящей подписью подтверждаю, что я соответствую критериям для принятия на страхование по Программе 21 и согласен быть застрахованным по Программе 21. подпись _____	Настоящей подписью подтверждаю, что я соответствую критериям для принятия на страхование по Программе 22 и согласен быть застрахованным по Программе 22. подпись _____

При наличии нижеперечисленных заболеваний, пожалуйста, поставьте любой знак в соответствующем квадрате:

- страдаю умственными или нервными расстройствами;
 страдаю психическими заболеваниями и/или расстройствами.

Подписывая данное Заявление, я подтверждаю согласие со всеми нижеперечисленными утверждениями.

- Я ознакомлен с существенными условиями Договора страхования.
- Я назначаю Выгодоприобретателем по Договору страхования себя, а в случае моей смерти – моих наследников. В случае наступления страхового случая без дополнительного распоряжения меня/ моих наследников зачислять сумму страхового возмещения на открытый мне Банковский счет.
- Мой возраст не менее 18 лет на момент начала и не более 85 лет на момент окончания договора, заключенного с ПАО «Совкомбанк».
- Я не являюсь инвалидом I группы, не являюсь больным СПИДом или ВИЧ-инфицированным и не отношусь к лицам, требующим постоянного ухода.
- Я осознаю, что я также имею право самостоятельно заключить Договор страхования от аналогичных рисков с любой иной страховой компанией, а также с АО «МетЛайф», без участия Банка. Я понимаю, что добровольное страхование – это мое личное желание и право, а не обязанность.
- Я заявляю о том, что получил(а) полную и подробную информацию о выбранной мною выше Программе страхования жизни и от несчастных случаев и болезней заемщиков кредитов Банка, указанной в данном Заявлении, и согласен(на) с условиями Договора страхования.
- Я согласен(на) с тем, что в случае сокрытия или предоставления мной заведомо ложной информации о состоянии своего здоровья на момент подписания данного Заявления, Договор страхования в отношении меня будет являться недействительным с момента включения меня в список Застрахованных лиц.
- Я понимаю и соглашаюсь, что участие в Программе добровольного страхования по вышеуказанному Договору добровольного страхования не влияет на процентную ставку по кредиту, а так же на принятие Банком положительного решения в предоставлении мне кредита.
- Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что Страховщик предоставил мне информацию о том, что намерен осуществлять обработку моих персональных данных силами уполномоченных работников Страховщика в случае получения их от Банка, руководствуясь положениями действующего законодательства РФ в целях включения меня в список Застрахованных лиц и исполнения указанного Договора страхования, а также в целях предоставления мне, с помощью средств связи, информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. Настоящим также подтверждаю, что Страховщик информировал меня о моих правах в качестве субъекта персональных данных, установленных Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных».
- Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю, что я получил полную и подробную информацию в соответствии со статьями 3, 6 и 8 Закона РФ «Об организации страхового дела» от 27.11.1997 года №4015-ФЗ.
- Подписывая настоящее заявление, я даю свое согласие на то, что Страховщик, с целью оценки возможных рисков, при необходимости может собирать любую информацию по указанному в заявлении событию, включая медицинскую информацию о моем здоровье в любых учреждениях в соответствии с законодательством Российской Федерации. Также я даю свое согласие любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моем здоровье, об истории заболевания или травмы, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять такую информацию в АО «МетЛайф».

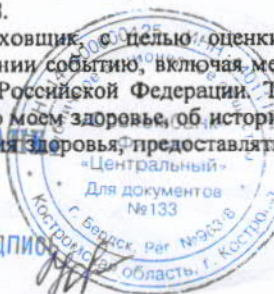
ПОДЛИННИК НАХОДИТСЯ
В ПАО СОВКОМБАНК

03 АВГ 2018

КОПИЯ ВЕРНА
СПЕЦИАЛИСТ ССВ
ЮРКИНА А.А.

ПОДПИСЬ

Заявитель



12. Настоящим подтверждаю, что не являюсь лицом, в отношении которого установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского союза, США и иных стран и организаций, а также не являюсь лицом, внесенным в список лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемыми указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.

* Подробные условия страхования изложены в памятке, размещенной на сайте Банка www.sovcombank.ru

Дата: 19.04.2017

Номер Кредитного договора: 1164608714

ПОДЛИННИК НАХОДИТСЯ
В ПАО **СОВКОМБАНК**

03 АВГ 2018

ПАО «**СОВКОМБАНК**»
КОПИЯ ВЕРНА
СПЕЦИАЛИСТ ССВ
Юркина А. А. ПОДПИСА

