

Страхование осуществляется в соответствии с «Правилами добровольного страхования заемщиков на случай потери работы от 21.07.2010 г. №352 с изменениями, утвержденными Приказом Президента №62 от 08.02.2012 и Правилами страхования от несчастных случаев и болезней клиентов посредников от 30.12.2011 №910»

На момент подписания настоящей формы Соглашения на страхование от НС и Болезней я подтверждаю, что:

- мой возраст составляет не менее 18 лет и не более 59 лет на дату начала страхования;
- я не являюсь инвалидом I, II, III группы и не имею действующего направления на медико-социальную экспертизу; - я не страдаю психическими заболеваниями и (или) расстройствами;
- я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном диспансерах;
- я не страдаю заболеваниями сердечно – сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, аневризма аорты, аневризма сосудов головного мозга, пороки сердца с тяжелыми нарушениями гемодинамики;
- я не страдаю онкологическими заболеваниями;
- я не являюсь ВИЧ инфицированным/больным синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- я не страдаю циррозом печени, почечной недостаточностью, вирусным гепатитом, злокачественными заболеваниями крови и кроветворных органов;
- я не являюсь лицом, чья трудоспособность является ограниченной в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью.

Только по страхованию от НС и Болезней:

Я уполномочиваю любое медицинское учреждение передавать ОАО «Альянс» всю информацию, касающуюся моего здоровья, отказываясь от каких-либо претензий по поводу этой передачи. Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь или обладающими информацией состоянии моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Только по страхованию от «Потери работы»:

на момент подписания настоящего Заявления я подтверждаю, что:

- мой возраст составляет не менее 18 лет и на момент окончания действия страховой защиты будет не более 59 лет (для мужчин) или не более 54 лет (для женщин);
- я не работаю на условиях неполного рабочего дня, неполной рабочей недели;
- я не нахожусь в неоплачиваемом отпуске;
- я не зарегистрирован в качестве индивидуального предпринимателя;
- в соответствии с законодательством Российской Федерации до момента окончания страховой защиты мне не будет назначена трудовая пенсия по старости (часть трудовой пенсии по старости), в том числе досрочно, либо пенсия по старости или за выслугу лет по государственному пенсионному обеспечению.
- мне неизвестно, планирует ли мой работодатель прекращение своей деятельности, сокращение численности или штата работников;
- я работаю по бессрочному трудовому договору и выполнение работы по договорам гражданско-правового характера, предметами которых являются выполнение работ и оказание услуг, в том числе по договорам, заключенным с индивидуальными предпринимателями, авторскими договорами, а так же являющиеся членами производственных кооперативов (артелей), не является моим основным местом работы;

Страховая выплата за один полный месяц безработицы производится в размере суммы минимального платежа по карте на конец последнего календарного дня Расчетного периода, в котором такая задолженность образовалась, но не более размера страховой суммы.

При этом максимальная сумма страховой выплаты на 1 –го Застрахованного не может превышать 50 000 рублей в месяц для карт Visa Electron, Visa Classic, Visa Business, MasterCard Maestro, Eurocard/MasterCard Standart, MasterCard Business, MasterCard Unembossed; для держателей карт Visa Gold, Visa Platinum, Eurocard/MasterCard Gold, Eurocard/MasterCard Platinum сумма страховой выплаты не может превышать 70 000 рублей в месяц. Выплата по страхованию на случай «Потери работы» производится по прошествии оплаченного периода ожидания и безусловной временной франшизы. Период ожидания - период времени с даты начала страхования Застрахованного лица в течение которого страховой риск на случай «потери работы» не признается страховым случаем. Период ожидания составляет 2 оплаченных месяца. Безусловная временная франшиза представляет собой период времени с даты наступления страхового случая, в течение которого Страховщиком не осуществляются страховые выплаты. Безусловная временная франшиза составляет 2 месяца с даты наступления страхового случая. Максимальный период выплат по каждому страховому случаю составляет период, в который должно быть произведено 6 (шесть) ежемесячных платежей по договору на обслуживание банковских карт № от , включающий условия договора банковского счета и кредитного договора.

Я принимаю к сведению и согласен (на), что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия фактов, касающихся ограничений для принятия на страхование, Договор страхования в отношении меня будет считаться недействительным с момента его заключения, и страховая компания освобождается от каких-либо обязательств по этому Договору страхования в отношении меня, при этом плата за подключение к страховой программе не подлежит возврату. Я, нижеподписавшийся, заявляю, что ознакомлен, понимаю, полностью согласен и обязуюсь неукоснительно соблюдать, в соответствии с установленными правилами реализации программы добровольного страхования Держателей карты, *Условия добровольного страхования Заемщиков на случай потери работы и Условия коллективного страхования от несчастных случаев клиентов посредников (далее – Условия по страхованию)*. Памятку и условия по страхованию получил.

Я даю согласие ОАО СК «Альянс» (г.Москва, ул. Озерковская набережная д.30) и ОАО «МТС – Банк» (г. Москва, ул. Садовническая, д. 75) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении (договоре, Согласии), в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». Указанные данные предоставляются в целях заключения и исполнения договора страхования. Согласие предоставляется с момента подписания настоящего Соглашения и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в ОАО СК «Альянс».

Заявитель

_____/_____
Подпись / ФИО

«__» _____ 20__ г.

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ

ФИО и Подпись Агента, принявшего заявление: _____

Код ТТ _____ Дата “__” _____ 201__ г

ФИО и Подпись сотрудника Банка, обработавшего заявление: _____

Дата “__” _____ 201__ г.

Согласие Заявителя по договору страхования для держателей банковских карт от несчастных случаев, болезней и потери работы заключаемым ОАО «МТС - Банк» с ОАО «Альянс»

Персональные данные Заемщика:

ФИО _____

Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Пол: _____ Гражданство: Россия

Общегражданский паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

Полное наименование работодателя, в отношении которого осуществляется страхование: _____

Место работы _____

Должность: _____

Выбор программы	Вид страхования (Страховая программа)	Страховые риски	Плата за подключение	Территория страхования
<input type="checkbox"/>	Страховые риски по страхованию от НС и болезней	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезней. ✓ Утрата трудоспособности с установлением инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или болезней. 	Взимается ежемесячно в размере 0,69 % в месяц от фактической суммы задолженности на конец последнего календарного дня расчетного периода, в котором образовалась задолженность.	Весь мир
<input type="checkbox"/>	Страховые риски на случай потери работы	<p>Признание Застрахованного лица безработным вследствие расторжения с ним трудового договора, заключенного на неопределенный срок, по инициативе работодателя по следующим основаниям:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Расторжение трудового договора по инициативе работодателя – юридического лица или индивидуального предпринимателя в связи с ликвидацией, либо прекращением деятельности работодателя. ✓ Расторжение трудового договора по инициативе работодателя – юридического лица или индивидуального предпринимателя в связи с сокращением численности или штата работников работодателя – юридического лица или индивидуального предпринимателя. 	Взимается ежемесячно в размере 0,73 % в месяц от фактической суммы задолженности на конец последнего календарного дня расчетного периода, в котором образовалась задолженность.	Весь мир

Настоящим, я выражаю свое согласие на включение меня в список застрахованных лиц по отмеченной выше программе коллективного страхования в рамках заключённого между ОАО «МТС-Банк» и ОАО «Альянс» Договора коллективного страхования заемщиков Банка от несчастных случаев (далее - НС), болезней и на случай потери работы (далее - Договор страхования) и на указанных выше условиях в пользу ОАО «МТС – БАНК».

Настоящим я выражаю свое согласие на назначение ОАО «МТС-Банк» Выгодоприобретателем при наступлении страхового случая в результате наступления страхового риска по страхованию от НС, болезней и потери работы, с возможностью передачи права получения страховой выплаты Застрахованному лицу при отказе ОАО «МТС – Банк» от такой выплаты.

При наступлении страхового случая по страхованию от несчастных случаев, болезней и потери работы страховая выплата производится назначенному мною Выгодоприобретателю в размере фактической задолженности по договору на обслуживание банковских карт № _____ от _____, включающего условия договора банковского счета и кредитного договора перед Банком (далее – «Договор»).

Я подтверждаю, что услуги страхования от НС, болезней и страхование финансовых рисков, связанных с потерей работы являются добровольными и никак не влияют на принятие Банком решения по выдаче мне кредита. Подтверждаю, что услуга страхования в целом и в части отдельных положений, включая возможность выбора Выгодоприобретателя, мне не навязана, выбрана мной добровольно и не является для меня невыгодной. Подтверждаю, что не был(а) ограничен(а) в выборе любой страховой компании для самостоятельного заключения договора страхования.

Мне известно, что программа страхования начинает действовать только при условии одобрения мне кредитного лимита.

Мне известно, что Программа страхования в отношении меня вступает в силу с первого числа календарного месяца, в котором внесена плата за подключение (при условии, что на последнюю дату предыдущего календарного месяца имелась задолженность по счёту банковской карты), путём обеспечения наличия на счёте банковской карты суммы платы за подключение к программам страхования (оплата за участие в Программе страхования). Программа страхования действует при условии внесения оплаты за подключение к Программе страхования в срок до конца платежного периода, установленного в соответствии с условиями Договора. В случае неуплаты Застрахованным лицом очередного платежа за подключение к Программам страхования в установленные сроки, действие Программы страхования в отношении меня прекращается, и возобновляется с 1 (Первого) числа месяца, в котором была произведена своевременная оплата за подключение. Если размер фактической суммы задолженности на конец последнего календарного дня месяца, в котором образовалась задолженность по Договору равна нулю, то страхование не распространяется на случаи, произошедшие со мной в течение следующего за ним месяца и плата за подключение к Программам страхования не взимается.

Я уведомлен, о праве отказаться от услуги по подключению к Программам страхования в любое время путем направления письменного заявления в Банк. Страховая сумма в каждом расчетном периоде страхования равна фактической сумме задолженности держателя карты на конец последнего календарного дня расчетного периода _____, в котором такая задолженность образовалась и не была погашена.

Заявитель

_____/_____/_____

Подпись

ФИО

«__» _____ 20__ г.

Страхование осуществляется в соответствии с «Правилами добровольного страхования заемщиков на случай потери работы от 21.07.2010 г. №352 с изменениями, утвержденными Приказом Президента №62 от 08.02.2012 и Правилами страхования от несчастных случаев и болезней клиентов посредников от 30.12.2011 №910»

На момент подписания настоящей формы Соглашения на страхование от НС и Болезней я подтверждаю, что:

- мой возраст составляет не менее 18 лет и не более 59 лет на дату начала страхования;
- я не являюсь инвалидом I, II, III группы и не имею действующего направления на медико-социальную экспертизу; - я не страдаю психическими заболеваниями и (или) расстройствами;
- я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном диспансерах;
- я не страдаю заболеваниями сердечно – сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, аневризма аорты, аневризма сосудов головного мозга, пороки сердца с тяжелыми нарушениями гемодинамики;
- я не страдаю онкологическими заболеваниями;
- я не являюсь ВИЧ инфицированным/больным синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- я не страдаю циррозом печени, почечной недостаточностью, вирусным гепатитом, злокачественными заболеваниями крови и кроветворных органов;
- я не являюсь лицом, чья трудоспособность является ограниченной в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью.

Только по страхованию от НС и Болезней:

Я уполномочиваю любое медицинское учреждение передавать ОАО «Альянс» всю информацию, касающуюся моего здоровья, отказываясь от каких-либо претензий по поводу этой передачи. Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь или обладающими информацией состоянии моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Только по страхованию от «Потери работы»:

на момент подписания настоящего Заявления я подтверждаю, что:

- мой возраст составляет не менее 18 лет и на момент окончания действия страховой защиты будет не более 59 лет (для мужчин) или не более 54 лет (для женщин);
- я не работаю на условиях неполного рабочего дня, неполной рабочей недели;
- я не нахожусь в неоплачиваемом отпуске;
- я не зарегистрирован в качестве индивидуального предпринимателя;
- в соответствии с законодательством Российской Федерации до момента окончания страховой защиты мне не будет назначена трудовая пенсия по старости (часть трудовой пенсии по старости), в том числе досрочно, либо пенсия по старости или за выслугу лет по государственному пенсионному обеспечению.
- мне неизвестно, планирует ли мой работодатель прекращение своей деятельности, сокращение численности или штата работников;
- я работаю по бессрочному трудовому договору и выполнение работы по договорам гражданско-правового характера, предметами которых являются выполнение работ и оказание услуг, в том числе по договорам, заключенным с индивидуальными предпринимателями, авторскими договорами, а так же являющиеся членами производственных кооперативов (артелей), не является моим основным местом работы;

Страховая выплата за один полный месяц безработицы производится в размере суммы минимального платежа по карте на конец последнего календарного дня Расчетного периода, в котором такая задолженность образовалась, но не более размера страховой суммы.

При этом максимальная сумма страховой выплаты на 1 –го Застрахованного не может превышать 50 000 рублей в месяц для карт Visa Electron, Visa Classic, Visa Business, MasterCard Maestro, Eurocard/MasterCard Standart, MasterCard Business, MasterCard Unembossed; для держателей карт Visa Gold, Visa Platinum, Eurocard/MasterCard Gold, Eurocard/MasterCard Platinum сумма страховой выплаты не может превышать 70 000 рублей в месяц. Выплата по страхованию на случай «Потери работы» производится по прошествии оплаченного периода ожидания и безусловной временной франшизы. Период ожидания - период времени с даты начала страхования Застрахованного лица в течение которого страховой риск на случай «потери работы» не признается страховым случаем. Период ожидания составляет 2 оплаченных месяца. Безусловная временная франшиза представляет собой период времени с даты наступления страхового случая, в течение которого Страховщиком не осуществляются страховые выплаты. Безусловная временная франшиза составляет 2 месяца с даты наступления страхового случая. Максимальный период выплат по каждому страховому случаю составляет период, в который должно быть произведено 6 (шесть) ежемесячных платежей по договору на обслуживание банковских карт № от , включающий условия договора банковского счета и кредитного договора.

Я принимаю к сведению и согласен (на), что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия фактов, касающихся ограничений для принятия на страхование, Договор страхования в отношении меня будет считаться недействительным с момента его заключения, и страховая компания освобождается от каких-либо обязательств по этому Договору страхования в отношении меня, при этом плата за подключение к страховой программе не подлежит возврату. Я, нижеподписавшийся, заявляю, что ознакомлен, понимаю, полностью согласен и обязуюсь неукоснительно соблюдать, в соответствии с установленными правилами реализации программы добровольного страхования Держателей карты, *Условия добровольного страхования Заемщиков на случай потери работы и Условия коллективного страхования от несчастных случаев клиентов посредников (далее – Условия по страхованию)*. Памятку и условия по страхованию получил.

Я даю согласие ОАО СК «Альянс» (г.Москва, ул. Озерковская набережная д.30) и ОАО «МТС – Банк» (г. Москва, ул. Садовническая, д. 75) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении (договоре, Согласии), в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». Указанные данные предоставляются в целях заключения и исполнения договора страхования. Согласие предоставляется с момента подписания настоящего Соглашения и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в ОАО СК «Альянс».

Заявитель

_____/_____
Подпись / ФИО

«__» _____ 20__ г.

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ

ФИО и Подпись Агента, принявшего заявление: _____

Код ТТ _____ Дата “__” _____ 201__ г

ФИО и Подпись сотрудника Банка, обработавшего заявление: _____

Дата “__” _____ 201__ г.