МТС Банк

ЭКЗЕМПЛЯР КЛИЕНТА

Согласие Заявителя по договору страхования к кредитной карте от несчастных случаев и болезней, заключаемым ОАО «МТС - Банк» с СОАО «ВСК»

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	Страховая программа	Страховые риски	**Плата за подключение**	**Территория страхования**
☐	Страховые риски по страхованию от НС и болезней	✓ Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни. ✓ Постоянная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни (установление 1,2 группы инвалидности).	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

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 СОАО «ВСК» Договора страхования заемщиков Банка от несчастных случаев (далее - НС) и болезней (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 и Болезней, 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 и болезней страховая выплата производится назначенному мной 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 услуга страхования от НС, Болезней является добровольной и никак не влияет на принятие Банком решения по выдачи 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 счету банковской карты), путем обеспечения наличия на счете банковской карты суммы платы за подключение к программе 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 Программе 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 страхование не взимается.

Я уведомлен о праве отказаться от услуги по подключению к программе страхования в любое время путем направления письменного заявления в Банк. Страховая сумма в каждом месяце страхования устанавливается равной фактической сумме задолженности держателя карты на конец последнего календарного дня расчетного периода, в котором образовалась задолженность, но не более 1 000 000 рублей. Договор страхования предусматривает применение безусловной франшизы (денежной суммы, в отношении которой Страховщик освобождается от страховой выплаты). Безусловная франшиза устанавливается в размере:
- разницы между страховой суммой на дату несчастного случая или установления диагноза заболевания и суммой фактической задолженности (в том числе сумма основного долга, начисленные, но не уплаченные проценты за пользование кредитом, штрафные санкции за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязанностей по кредитной карте, а также иные платежи в пользу Страхователя, предусмотренные кредитным договором или нормами действующего законодательства) Застрахованного лица на дату предоставления выписки от Банка по кредитной карте;
- для случаев, когда размер задолженности меньше размера страховой суммы по данному Застрахованному лицу;- 0 (Ноль) - для иных случаев

Страхование осуществляется в соответствии с «Правилами № 83 добровольного страхования граждан от несчастных случаев и болезней СОАО «ВСК» (далее – Правила страхования)» от 26 ноября 2010г.

На момент подписания настоящего Заявления я подтверждаю, что я не:

- моложе 18 лет или старше 65 лет. Мой возраст на дату окончания срока страхования не превышает 67 лет;
- являюсь инвалидом или имею действующее направление на медико-социальную экспертизу;
- страдаю слабоумием, рассеянным склерозом, полиомиелитом, параличом, эпилепсией, психическими заболеваниями;
- страдаю сахарным диабетом;
- страдаю гломерулонефритом, почечной недостаточностью, гидронефрозом;
- имею злокачественные новообразования (в т.ч. злокачественные болезни крови и кроветворных органов),
- страдаю циррозом печени; гепатитом (В,С)
- переносил: инсульт, инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии, операции на магистральных сосудах сердца (стентирование, шунтирование); страдают стенокардией, гипертонией II-III степени, ревмокардитом, имею врожденный порок сердца;
- страдаю эмфиземой, бронхиальной астмой тяжелой степени тяжести, туберкулезом (на момент начала страхования нахожусь на лечении или стою на учете в туберкулезном диспансере), пневмокониозом;
- состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;
- обращался за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, являюсь носителем ВИЧ и болен СПИДом;
- страдаю алкоголизмом и/или наркоманией;

Заявитель
_____/_____/
Подпись ФИО

«___» _____ 20__г.

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

Мне известно, что СОАО «ВСК» имеет право отказать в страховой выплате в случае недостоверности сведений, указанных в данном заявлении. В случае, если я не удовлетворяю вышеуказанным условиям, события, произошедшие со мною, страховыми случаями являться не будут. Я перестаю быть Застрахованным с даты, когда такие обстоятельства стали известны Страховщику, а плата за страхование по договору страхования не подлежит возврату.

При наступлении страхового случая по страхованию от несчастных случаев и болезней 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, но не более страховой суммы, установленной на дату несчастного случая/установления диагноза заболевания.

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 (а), понимаю, полностью согласен (а) и обязуюсь неукоснительно соблюдать в соответствии с установленными правилами реализации программы добровольного страхования граждан от несчастного случая и болезней № 83. Памятку по страхованию получил (а).

Я, даю согласие СОАО «ВСК» (121552, г. Москва. ул. Островная д.4) и ОАО «МТС - Банк» (115036 г. Москва, Садовническая ул. 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, полисе), 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 согласия и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в СОАО «ВСК».

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.

МТС Банк

ЭКЗЕМПЛЯР БАНКА

Согласие Заявителя по договору страхования к кредитной карте от несчастных случаев и болезней, заключаемым ОАО «МТС - Банк» с СОАО «ВСК»

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	Страховая программа	Страховые риски	**Плата за подключение**	**Территория страхования**
☐	Страховые риски по страхованию от НС и болезней	✓ Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни. ✓ Постоянная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни (установление 1,2 группы инвалидности).	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

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 СОАО «ВСК» Договора страхования заемщиков Банка от несчастных случаев (далее - НС) и болезней (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 и Болезней, 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 и болезней страховая выплата производится назначенному мной 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 услуга страхования от НС, Болезней является добровольной и никак не влияет на принятие Банком решения по выдачи 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 счету банковской карты), путем обеспечения наличия на счете банковской карты суммы платы за подключение к программе 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 Программе 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 страхование не взимается.

Я уведомлен о праве отказаться от услуги по подключению к программе страхования в любое время путем направления письменного заявления в Банк. Страховая сумма в каждом месяце страхования устанавливается равной фактической сумме задолженности держателя карты на конец последнего календарного дня расчетного периода, в котором образовалась задолженность, но не более 1 000 000 рублей. Договор страхования предусматривает применение безусловной франшизы (денежной суммы, в отношении которой Страховщик освобождается от страховой выплаты). Безусловная франшиза устанавливается в размере:
- разницы между страховой суммой на дату несчастного случая или установления диагноза заболевания и суммой фактической задолженности (в том числе сумма основного долга, начисленные, но не уплаченные проценты за пользование кредитом, штрафные санкции за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязанностей по кредитной карте, а также иные платежи в пользу Страхователя, предусмотренные кредитным договором или нормами действующего законодательства) Застрахованного лица на дату предоставления выписки от Банка по кредитной карте;
- для случаев, когда размер задолженности меньше размера страховой суммы по данному Застрахованному лицу;- 0 (Ноль) - для иных случаев

Страхование осуществляется в соответствии с «Правилами № 83 добровольного страхования граждан от несчастных случаев и болезней СОАО «ВСК» (далее – Правила страхования)» от 26 ноября 2010г.

На момент подписания настоящего Заявления я подтверждаю, что я не:

- моложе 18 лет или старше 65 лет. Мой возраст на дату окончания срока страхования не превышает 67 лет;
- являюсь инвалидом или имею действующее направление на медико-социальную экспертизу;
- страдаю слабоумием, рассеянным склерозом, полиомиелитом, параличом, эпилепсией, психическими заболеваниями;
- страдаю сахарным диабетом;
- страдаю гломерулонефритом, почечной недостаточностью, гидронефрозом;
- имею злокачественные новообразования (в т.ч. злокачественные болезни крови и кроветворных органов),
- страдаю циррозом печени; гепатитом (В,С)
- переносил: инсульт, инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии, операции на магистральных сосудах сердца (стентирование, шунтирование); страдают стенокардией, гипертонией II-III степени, ревмокардитом, имею врожденный порок сердца;
- страдаю эмфиземой, бронхиальной астмой тяжелой степени тяжести, туберкулезом (на момент начала страхования нахожусь на лечении или стою на учете в туберкулезном диспансере), пневмокониозом;
- состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;
- обращался за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, являюсь носителем ВИЧ и болен СПИДом;
- страдаю алкоголизмом и/или наркоманией;

Заявитель
_____/_____/
Подпись ФИО

«___» _____ 20__г.

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

Мне известно, что СОАО «ВСК» имеет право отказать в страховой выплате в случае недостоверности сведений, указанных в данном заявлении. В случае, если я не удовлетворяю вышеуказанным условиям, события, произошедшие со мною, страховыми случаями являться не будут. Я перестаю быть Застрахованным с даты, когда такие обстоятельства стали известны Страховщику, а плата за страхование по договору страхования не подлежит возврату.

При наступлении страхового случая по страхованию от несчастных случаев и болезней 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, но не более страховой суммы, установленной на дату несчастного случая/установления диагноза заболевания.

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 (а), понимаю, полностью согласен (а) и обязуюсь неукоснительно соблюдать в соответствии с установленными правилами реализации программы добровольного страхования граждан от несчастного случая и болезней № 83. Памятку по страхованию получил (а).

Я, даю согласие СОАО «ВСК» (121552, г. Москва. ул. Островная д.4) и ОАО «МТС - Банк» (115036 г. Москва, Садовническая ул. 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, полисе), 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 согласия и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в СОАО «ВСК».

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.