

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОДКЛЮЧЕНИЕ К ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ
ДЛЯ КРЕДИТНЫХ КАРТ В РУБЛЯХ РФ**

Клиент:

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Проживающего (-ей) по адресу: индекс _____ страна _____

область, республика, край _____

район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____

дом _____ строение, корпус _____ квартира _____

Общегражданский паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи Д Д . М М . Г Г Г Г

кем выдан _____ код подразделения _____ - _____

(далее «Застрахованное Лицо»), действуя добровольно, прошу подключить меня к Программе страхования и заключать в отношении меня как Застрахованного Лица Договоры страхования (далее «Договоры страхования»), на основании Соглашения 01/06-10 от 30 июня 2010 г., заключенному между АО ЮниКредит Банк (далее «Банк») и ООО «ЭРГО Жизнь» (далее «Страховщик») по Программе страхования, включающей следующие Страховые случаи:

- Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, произошедшая в период действия договора страхования,
- Первичное установление Застрахованному лицу инвалидности I или II группы в результате несчастного случая или болезни, наступивших в период действия договора страхования в течение 1 (одного) года с даты наступления несчастного случая или болезни

_____ на условиях, указанных в «Программе страхования».

Я согласен(на):

- 1) В соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» с передачей Банком Страховщику имеющихся у Банка персональных данных, в том числе информацию о моем имени, дате рождения, паспортных данных, месте жительства, о состоянии моего здоровья, размере задолженности по кредиту, необходимой для заключения и дальнейшего исполнения Договоров страхования.
- 2) С осуществлением Банком и Страховщиком обработки моих персональных данных (в том числе сбор, систематизацию, наполнение, хранение, уточнение, использование, уничтожение) любым не противоречащим законодательству РФ способом в целях заключения и обслуживания Договоров страхования по настоящему Заявлению на подключение к Программе страхования между Банком и Страховщиком.
- 3) Получение Страховщиком в целях исполнения договора страхования и перестрахования: медицинской информации от любого врача (медицинского учреждения), у которого я когда-либо консультировался и/или лечился, а также буду обращаться в последующем; на получение необходимой информации в правоохранительных, медицинских и других органах (учреждениях) для проверки предоставленной мной информации, а также для выяснения всех обстоятельств наступления страхового случая; на получение любой информации от страховых компаний, к которым я обратился на страхование жизни. Данное согласие предоставляется без ограничения срока действия. На основании положений Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» разрешаю медицинским и иным учреждениям предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в том числе предоставление соответствующих копий документов, по запросу Страховщика.
- 4) В случае дачи мной ложных сведений или сокрытия фактов, касающихся ограничений для участия в страховании по Программе страхования (включая нарушения моего здоровья), Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования в отношении меня недействительным и отказать в соответствующей Страховой выплате. Банк и Страховщик не несут каких-либо обязательств по этому Договору страхования в отношении меня.
- 5) По достижении мной возраста 65 лет я буду автоматически отключен от Программы страхования (Договоры страхования в отношении меня не будут заключаться).
- 6) Выплата страхового возмещения не будет производиться, если событие, имеющие признаки страхового случая, явилось следствием следующих обстоятельств:
 - прохождения Застрахованным лицом службы в вооруженных силах или МВД, занятию в профессиональной или непрофессиональной авиации, в работах со взрывчатыми веществами, подземных работах, осуществлением деятельности в долаза, пожарного, скалолаза, работника ядерной промышленности, нефтяника, охранника и профессионального спортсмена;
 - занятию на любительской основе опасными видами спорта, такими как: прыжки с парашютом, пара- дельтапланеризм, скейтбординг, дайвинг (на глубину свыше 25 метров), кайтинг, рафтинг, байсджампинг, вейкбординг, аквабайк, формула 1 на воде, маунтинбайк, скайсерфинг, авто - мотоспорт, мотокросс, ралли, спортивные ориентирование, альпинизм, скалолазание, BMX (Modified Bike X-treme), конный спорт, гребной слалом, фристайл, прыжки на лыжах с трамплина, авиационный спорт, поло (конное поло), подводное ориентирование, подводная охота, апноэ (фридайвинг), акватлон (подводная борьба), спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5 категории сложности, спортивный сплав, банджи-джампинг, воздухоплавание на воздушных шарах, занятия контактными единоборствами, охота, родео.

Я подтверждаю, что:

- 1) Достиг возраста 18 лет и не достиг возраста 65 лет;
- 2) Не употребляю наркотики, токсичные вещества, не состою на учете в наркологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом, психоневрологическом диспансере не являюсь ВИЧ- инфицированным, больным СПИДом, не страдаю алкоголизмом, а также у меня не было ранее диагностировано стойкое нервное или психическое расстройство.
- 3) Не имею, не прохожу лечение и не страдаю в настоящее время от онкологических заболеваний, болезней сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия), сахарного диабета, паралича, язвенной болезни, каких-либо заболеваний легких, головного мозга, печени, желудка или почек; при этом не имею или не имел любое другое заболевание (исключая такие незначимые заболевания, как простуда, гастрит или кожные заболевания), какое-либо хирургическое вмешательство или госпитализацию на протяжении последних 5 лет, за исключением госпитализации по причине: беременности и родов, неосложненной аппендэктомии, неосложненного грыжесечения, тонзилэктомии, аденоидэктомии, пункций околоушных пазух, септопластики, геморройдэктомии, иссечения эпителиального копчикового хода, иссечения анальной трещины, оперативного лечения гнойных заболеваний кожи, подкожно-жировой клетчатки, слизистых оболочек, оперативного лечения доброкачественных новообразований кожи, подкожной клетчатки и слизистой оболочки, диагностических операций (эндоскопических и открытых), пластических операций.
- 4) Сведения, приведенные выше, соответствуют действительности, и я понимаю, что характер этих сведений является основанием для моего страхования. Я обязуюсь информировать Банк в любой момент времени действия Программы страхования в случае несоответствия сведениям, приведенным выше в п.1-3, для отключения от Программы страхования.

Плата за участие в Программе страхования в течение календарного месяца составляет 1% в рублях (включая НДС) от суммы основного долга (овердрафта) по счету, открытому для расчетов по операциям с использованием кредитной карты, зафиксированной на 0 часов 0 минут московского времени первого числа этого месяца, и подлежит оплате Банку с 1 по 25 число следующего месяца.

Я согласен с тем, что Программа страхования вступает в силу с 1 числа месяца, следующего за месяцем получения Банком Заявления на подключение к Программе страхования, но не ранее заключения с Банком Договора о карте.

Программа страхования действует в течение периода действия Договора о карте при условии своевременного внесения платы за участие в Программе страхования. Плата за участие в Программе страхования списывается только при условии наличия необходимых для ее списания денежных средств на текущем счете для расчетов с использованием карты.

Я согласен с тем, что Банк не заключает Договор страхования в отношении Застрахованного лица в рамках Программы страхования и не взимает плату за участие в Программе страхования на тот календарный месяц, на первое число которого моя задолженность перед Банком составит менее трехсот (300) рублей (включительно). Договор страхования в рамках Программы страхования будет заключен в тот календарный месяц, первого числа которого рассчитанная задолженность перед Банком составит более трехсот (300) рублей.

Я согласен с размером списываемой с моего счета суммы платы за участие в Программе страхования. Суммы платы за участие в Программе страхования, предусмотренные и причитающиеся Банку в соответствии с настоящим Заявлением и условиями Программы страхования, настоящим поручаю Банку списывать без получения моего дополнительного распоряжения или согласия с моего счета, открытого Банком для расчетов с использованием кредитной карты.

С условиями Программы страхования ознакомлен и согласен. Программу страхования на руки получил. Я уведомлен, что участие в Программе страхования не является обязательным условием для получения кредитной карты. Я уведомлен, что могу отключиться от Программы страхования в любой момент времени в соответствии с условиями Программы.

Настоящее заявление является офертой, которая считается акцептованной Банком в дату заключения в отношении меня как Застрахованного лица первого Договора страхования.

Застрахованное Лицо Подпись _____ (_____) дата Д Д . М М . Г Г Г Г

Прошу Банк выпустить на мое имя международную банковскую карту Visa Classic+ или Visa Gold+

Прошу Банк снизить процент от суммы задолженности, подлежащей ежемесячному погашению, до размера в 4%.

Подпись _____ (_____) дата Д Д . М М . Г Г Г Г