Приложение №1
к Дополнительному соглашению №1
к Договору коллективного страхования № 001-ГС-000668/23 от «28» июля 2023 г.

Приложение № 3
к Договору коллективного страхования № 001-ГС-000668/23 от «28» июля 2023 г.

Заявление застрахованного лица (форма)

«_____»_____г.

Я, _____, дата рождения _____,

(фамилия, имя, отчество)

паспорт: серия и номер _____ прошу _____ распространить на меня действие Договора коллективного страхования от несчастных случаев № 001-ГС-000668/23 от 28 июля 2023 г. (далее – Договор), заключенного между ООО Микрофинансовой компанией «ЭкспрессДеньги» (далее – Страхователь) и ООО «Абсолют Страхование» (далее – Страховщик).

Страховые риски:

- Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Смерть в результате НС»);
- Инвалидность Застрахованного I, II группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Инвалидность I, II группы в результате НС»).

1. Выражаю свое желание быть Застрахованным лицом по Договору с даты подачи настоящего заявления Страхователю. Прошу присоединить меня к Договору в качестве Застрахованного лица на срок: с *«___» _____20__г. по «___» _____20__г.* и назначить меня получателем страховой суммы (страховой выплаты) при наступлении страхового случая (Выгодоприобретателем), а в случае моей смерти – наследников по закону.
2. Я ознакомлен с тем, что, при наступлении страхового случая по рискам «Смерть в результате НС», «Инвалидность I, II группы в результате НС» выплата страхового возмещения производится Страховщиком в размере 100% (ста процентов) страховой суммы по Застрахованному лицу;
3. Территория страхования: Российская Федерация.
4. Страховая сумма составляет *___цифрами____ (_____прописью_____)* рублей, 00 копеек.
5. Подтверждаю, что:

- возраст Застрахованного лица от 18 до 65 лет, что Застрахованное лицо не является и никогда ранее не являлось инвалидом (не относится и не относилось ранее к категории «ребенок-инвалид»), не имеет оснований для присвоения инвалидности, не направляло медицинские документы на рассмотрение в органы медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности, дееспособное, не страдает психическими заболеваниями, не переносило инсульт и/или инфаркт миокарда, не страдает сердечной недостаточностью третьей степени, циррозом печени, терминальной почечной недостаточностью, злокачественными заболеваниями крови, онкологическими заболеваниями, не является больным СПИДом или ВИЧ инфицированным, не состоит на учете в наркологических, онкологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, не находится в местах лишения свободы;
- профессиональная деятельность Застрахованного лица не связана с вредным или опасным производством, радиацией, работой на высоте свыше 15 м, в водной акватории или под водой, в нефте- и газодобыче, работой на нефтяных и газовых платформах, под землей, с взрывчатыми веществами, с опасными химическими веществами или составами, и/или другими обязанностями, связанными с повышенным риском (водители большегрузных машин, вооруженные сотрудники полиции, персональная охрана, сотрудники уголовного розыска, строители, пилоты и члены экипажа, в т.ч. вертолетов и малой авиации, пожарные, лица, имеющие право на ношение оружия с целью исполнения служебных обязанностей, водители-испытатели, мотогонщики, автогонщики, каскадеры, космонавты);

Признаю, что данные условия являются существенными; если при наступлении страхового случая будет установлено, что данные сведения не соответствуют действительности в целом или в части, ООО «Абсолют Страхование» имеет право отказать в выплате страхового возмещения.

6. Подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем заявлении. Мне известно, что если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.
7. Уведомлен и согласен с тем, что не является страховым случаем событие, произошедшее вследствие или во время:

- занятия физической культурой и спортом, кроме следующих видов занятий физической культурой и спортом: плавание (кроме дайвинга, фридайвинга и других видов подводного спорта), пешие походы без применения альпинистского снаряжения, езда на велосипеде (кроме горного велосипеда (маунтибайка), велосипедного мотокросса (BMX) и их направлений), катание на лыжах (кроме горных), бег и ходьба оздоровительные, катание на коньках, волейбол, баскетбол, бадминтон, теннис (включая настольный), бильярд, боулинг, гольф, аэробика, гимнастика (кроме спортивной и акробатической), керлинг, занятие любыми видами физической культуры и спортом в фитнес-клубах (центрах), тренажерных залах (за исключением занятий единоборствами);
- езды на мотоцикле и/или снегоходе (как в качестве водителя, так и в качестве пассажира);
- террористического акта, военных действий, вооруженных столкновений.

8. Подтверждаю, что Договор страхования в отношении меня (Застрахованного лица) заключается по моей инициативе, услуги страхования не являются навязанными, невыгодными и обременительными. Уведомлен, что заключение данного договора личного страхования в отношении меня не является необходимым условием выдачи мне займа.
9. Уведомлен и согласен с тем, что я могу в одностороннем внесудебном порядке расторгнуть (прекратить) Договор страхования в отношении себя, уведомив об этом Страхователя.

При этом в случае моего обращения (Застрахованного лица) в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты подачи настоящего Заявления плата за присоединение к договору страхования подлежит возврату:

а. при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования - в полном объеме;

b. при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования - при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, сумма уплаченной страховой премии и уплаченного вознаграждения за организацию страхования (плата за присоединение к Договору страхования) за вычетом части уплаченной суммы, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Застрахованного об исключении его из числа застрахованных лиц по договору добровольного страхования.

В случае обращения Застрахованного лица в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования по истечении 30 (тридцати) календарных дней с даты подачи настоящего Заявления, либо в случае наличия событий, имеющих признаки страховых случаев в период действия Договора в отношении меня (Застрахованного лица), сумма платы за присоединение к Договору страхования (сумма уплаченной страховой премии и уплаченного вознаграждения за организацию страхования) возврату не подлежит

10. Даю согласие на предоставление ООО Микрофинансовой компании «ЭкспрессДеньги», Страховщику информации, указанной в настоящем заявлении (в т.ч. самого заявления), а также в иных документах, переданных мной в ООО Микрофинансовую компанию «ЭкспрессДеньги» в целях заключения и исполнения Договора страхования (в том числе в целях осуществления страховой выплаты), и информации обо всех изменениях в состоянии моего здоровья, а также на получение Страховщиком информации, касающейся моего труда, физического и психического состояния, результатов медицинских консультаций и тестов.

11. За присоединение к Договору страхования мною вносится плата в размере _____*(_____прописью_____) рублей, __коп.*, состоящая из:

- страховой премии в размере _*_____(_____прописью_____) рублей, __коп.* НДС не облагается согласно п. 3 ст. 149 НК РФ;
- вознаграждения Страхователя за присоединение к Договору страхования в размере _____*(_____прописью_____) рублей, __коп.*, включая НДС.

12. В соответствии с законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку и передачу ООО «Абсолют Страхование» (адрес местонахождения: 115280, г.Москва, ул. Ленинская Слобода, 26), являющегося Страховщиком, и ООО Микрофинансовой компании «ЭкспрессДеньги» (адрес местонахождения: Россия, Республика Марий-Эл, г.Йошкар-Ола, б.Чавайна,12А), являющемуся Страхователем по Договору, моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении в течение всего срока действия Договора страхования, а также в течение срока его архивного хранения персональных данных. Персональные данные включают в себя: фамилию, имя, отчество, адрес Застрахованного, данные основного документа, удостоверяющего личность, и иную информацию о Застрахованном лице, указанную в заявлении, договоре страхования или полученную Страховщиком в ходе его исполнения. Под обработкой персональных данных подразумевается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Страховщиком и/или привлеченными им третьими лицами с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение. Согласие дается на обработку персональных данных в целях исполнения Договора страхования, информационного сопровождения, в том числе информирования об услугах Страховщика, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях (включая передачу информационных сообщений посредством электросвязи (по телефону, СМС, эл. почте) или почтовой связи, а также в целях операционного учета и проведения анализа страховых рисков. Страховщик обязуется обеспечить конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

С условиями Договора страхования, Правил страхования, а также с информацией, содержащейся в Памятке, ознакомлен(а), они мне разъяснены и понятны. Мне известно, что отдельные условия Договора страхования разъяснены в Памятке.

Памятку Застрахованному лицу, экземпляр настоящего заявления и Правила страхования получил(а).

Согласен(-на) с тем, что обязан(а) выполнить обязанности Страхователя, предусмотренные Правилами страхования, за исключением обязанности по перечислению суммы страховой премии на расчетный счет Страховщика.

До распространения на меня действия Договора страхования получил о нем достоверную информацию; ознакомлен с содержанием Ключевого информационного документа (КИД), все положения которого мне полностью понятны; экземпляр КИД получил

Дата: _____

Подписано смс-кодом _____

(фамилия, имя, отчество Застрахованного)