

ЗАЯВЛЕНИЕ

НА ПРИСОЕДИНЕНИЕ К ДОГОВОРУ КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ



Rolls-Royce
Motor Cars Limited

В связи с получением Индивидуальных условий договора потребительского кредита от «_____» _____ 20_____ г.

№ _____ (далее – «Индивидуальные условия»), в целях исключить или снизить издержки и расходы, которые я, как Заёмщик/мои наследники могу/могут понести в связи с неисполнением Кредитного договора по причине причинения вреда моей жизни или здоровью, наступления иных событий в моей жизни, прошу «БМВ Банк» ООО (далее – «Банк», «Страхователь») оказать мне возмездную услугу по включению меня в качестве Застрахованного (лица, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен и действует Договор страхования) в Список Застрахованных, предусмотренный Договором коллективного страхования жизни между Страхователем и ООО СК «Альянс Жизнь» (адрес местонахождения: 115184, г. Москва, Озерковская наб., д. 30, далее - «Страховщик») № 590/04-02-08 от 01 июля 2010 года («Договор страхования») (далее – «услуга по присоединению к Договору страхования»), не позднее даты заключения Кредитного договора по Индивидуальным условиям. Прошу рассматривать настоящее Заявление в качестве оферты к заключению договора возмездного оказания услуг на условиях, указанных в настоящем Заявлении, а в части стоимости услуги – также на условиях Тарифов «БМВ Банк» ООО «Кредитование физических лиц на приобретение автомобилей марки BMW или MINI, мотоциклов BMW» ООО (далее – «Тарифы») в редакции, действующей на дату настоящего Заявления, размещенной на Web-сайте Банка в сети «Интернет» www.bmwbank.ru; акцептом оферты предлагаю считать фактическое оказание Банком услуги по присоединению к Договору страхования, а именно – включение меня в качестве Застрахованного в Список Застрахованных, о чем Банк вправе (но не обязан) уведомить меня способами обмена информацией (способами связи), определенными в Индивидуальных условиях.

1. ДАННЫЕ ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ (ЗАСТРАХОВАННОГО):		
Ф.И.О.		
Адрес постоянной регистрации:		Дата рождения: □□.□□ □□.□□.□□
Паспорт (заменяющий его документ)	Серия □□□□ № □□□□□□ от □□□□□□□□ Выдан _____ (название выдавшего органа)	Пол: □ - м. □ - ж.

2. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ:		
НАИМЕНОВАНИЕ	Доля выплаты	Условие
«БМВ Банк» ООО	В размере суммы неисполненных денежных обязательств (задолженности) Застрахованного по Кредитному договору на дату наступления страхового случая	По случаям 1 и 2
Застрахованный/наследники Застрахованного	1. По случаям 1 и 2 - в размере положительной разницы между суммой, подлежащей выплате, и суммой неисполненных денежных обязательств (задолженности) Застрахованного по Кредитному договору на дату наступления страхового случая 2. По случаям 3 и 4 - в размере суммы страховой выплаты	По случаям 1, 2, 3 и 4
Иное лицо	Указать ФИО/наименование, паспортные данные/реквизиты _____	По случаям _____

3. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ:	Страховые случаи	Плата за услугу по присоединению к Договору страхования, в месяц от суммы Кредита
BASIC* <input type="checkbox"/>	1+2	0,125 %
SPECIAL** <input type="checkbox"/>	1+2+3	0,167 %
PREMIUM*** <input type="checkbox"/>	1+2+3+4	0,267%

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ:
1. Смерть Застрахованного по любой причине
2. Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая или заболевания
3. Травма Застрахованного в результате несчастного случая
4. Временная полная потеря Застрахованным общей трудоспособности в результате несчастного случая
* Базовая, ** Специальная, ***Премиум

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО
5.1. Настоящим подтверждаю, что я: а) в отношении страховых случаев 1 - 4 настоящего Заявления - не моложе 18 лет и не старше 65 лет; б) являюсь полностью дееспособным лицом, не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере, не страдаю онкологическими заболеваниями, заболеваниями, вызванными воздействием радиации, СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека, не являюсь инвалидом и не имею оснований для присвоения группы инвалидности; не страдаю психическими заболеваниями, эпилепсией; не проходил(-а) лечения и не страдаю в настоящее время и в течение последних 5 лет заболеваниями сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, гипертония, стенокардия, артериальная гипертензия, порок сердца, нарушение ритма, инсульт), сахарным диабетом, параличом, какими-либо заболеваниями легких (за исключением острых респираторных заболеваний), заболеваниями головного мозга, печени, желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы, психическими расстройствами, заболеваниями костно-мышечной системы; заболеваниями крови (за исключением железодефицитной анемии легкой степени); в) отрицаю проведение полостного хирургического вмешательства и госпитализаций на протяжении последних 12 месяцев; г) в настоящее время не прохожу службу в вооруженных силах, не занят(-а) в профессиональной или непрофессиональной авиации, в работах со взрывчатыми и радиоактивными веществами, подземных работах, не являюсь водолазом, пожарным, скалолазом, работником ядерной промышленности, нефтяником, охранником и профессиональным спортсменом. Также подтверждаю, что не занимаюсь опасными видами спорта, такими как: бокс, боевые искусства, альпинизм, парашютный спорт (более 5 прыжков в год), дайвинг (более 5 погружений в год); не принимаю участие в любых видах спорта на профессиональной основе, не состою в профессиональных спортивных клубах; не участвую в соревнованиях и попытках установления рекорда и не намереваюсь путешествовать в горячие точки планеты; д) у меня нет действующего договора/полиса страхования ООО СК «Альянс Жизнь», я не обращался(-лась) с заявлением о заключении договора страхования к данному Страховщику. е) оформляю настоящее Заявление добровольно, с положениями Общих условий кредитования физических лиц в «БМВ Банк» ООО о случаях и условиях страхования жизни и здоровья на случай смерти либо наступления иного события (несчастного случая, болезни), имущественных интересов застрахованных, связанных с дожитием до наступления иных событий в жизни, ознакомлен(-а) и согласен(-на).

Я подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем Заявлении, и, если какие-либо сведения будут заведомо ложными, Страховщик не производит страховую выплату.

5.2. Мне известно:

- что срок страхования равен сроку действия Кредитного договора (Сроку кредита), однако приравнивается к Сроку кредита исключительно в связи с моим намерением получить страховую защиту как минимум в течение Срока кредита, и поэтому в случае досрочного исполнения или прекращения (расторжения) Кредитного договора по любым основаниям страхование моих жизни, здоровья и имущественных интересов, связанных с дожитием до наступления иных событий в жизни по Договору страхования, автоматически не прекращается и продолжает действовать в течение всего изначально согласованного срока страхования;

- что действие Договора страхования в отношении меня может быть досрочно прекращено по моему желанию. При этом Страховщик вправе не производить возврат страхового взноса или его части, если законом не предусмотрено иное;

- о моем праве отказаться от услуги по присоединению к Договору страхования в течение 14 дней с даты ее оказания (даты заключения Кредитного договора) с возвратом части оплаты пропорционально стоимости части услуги, оказанной до уведомления об отказе. По истечении указанного срока, в связи с тем, что, оказав услугу по присоединению к Договору страхования, Банк тем самым полностью выполнит взятые на себя обязательства по настоящему Заявлению, при досрочном прекращении Договора страхования в отношении меня не по вине Банка стоимость услуги по присоединению к Договору страхования возврату не подлежит;

- о размере платы за услугу по присоединению к Договору страхования, которая состоит из компенсации расходов Банка на оплату страхового взноса Страховщику (0,023% в месяц от суммы Кредита по программе Базовая; 0,025% в месяц от суммы Кредита по программе Специальная; 0,031% в месяц от суммы Кредита по программе Премиум) и стоимости услуги по присоединению к Договору страхования (0,102% в месяц от суммы Кредита по программе Базовая; 0,142% в месяц от суммы Кредита по программе Специальная; 0,236% в месяц от суммы Кредита по программе Премиум). Я ознакомлен(-а) и согласен(-на) с Тарифами, в том числе с разделом о стоимости услуги по присоединению к Договору страхования. Оплата услуги по присоединению к Договору страхования включает НДС.

5.3. Согласен(-на) на получение от Страхователя и Страховщика информации, связанной со страхованием меня в качестве Застрахованного и с информированием меня о состоянии страхования, в виде коротких текстовых сообщений (SMS) по сети подвижной радиотелефонной связи или по электронной почте (e-mail) с использованием контактной информации, указанной в Кредитном договоре и настоящем Заявлении. Даю Страховщику согласие на обработку и передачу, трансграничную передачу моих персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, для обработки по поручению Страховщика в ООО «Мондиаль Ассистанс» (Россия, г. Москва, пр. Завода Серп и Молот, д. 6, корп. 1), ООО «Савитар Групп» (Россия, г. Москва, 127051, пер. Большой Каретный, д. 20/3), Allianz Business Services, spol. s r.o. (ABS) (Словацкая Республика, Братислава, ул. Карловеска, 32, 842 02), АО СК «Альянс» (Россия, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30), Allianz SE (Германия, г. Мюнхен, Кёнигштрассе, 28), General Reinsurance AG (Германия, г. Кёльн, Теодор-Хосс-Ринг, 11), Swiss Re Europe S.A. (Германия, г. Мюнхен, Дизельштрассе, 11), в целях перестрахования рисков по Договору страхования. Настоящее согласие действует в течение 120 (ста двадцати) дней с даты настоящего Заявления. Если до истечения 120 (ста двадцати) дней с момента подписания мною настоящего Заявления Банк окажет мне услугу по присоединению к Договору страхования, то действие согласия прекращается по истечении срока страхования. Настоящее согласие может быть отозвано мною путем направления письменного заявления Страховщику об отзыве настоящего согласия по адресу местонахождения Страховщика.

5.4. Согласен(-на) с назначением выгодоприобретателей. Мне известно, что в качестве выгодоприобретателя по Договору страхования мною может быть назначен(-на) я сам(-а) и/или мои наследники и/или Банк и/или иное лицо. Даю согласие на присоединение к Договору страхования в пользу выгодоприобретателя(-ей), в соответствии с которым при наступлении страхового случая страховая выплата полностью или в части будет осуществлена в пользу выгодоприобретателя(-ей).

5.5. При наступлении страхового случая/наличии у Банка информации о наступлении в отношении меня страхового случая даю согласие Банку на передачу Страховщику моих персональных данных (полученных Банком непосредственно от меня и/или наследников Застрахованного и/или иных выгодоприобретателей) и сведений, составляющих банковскую тайну, в объеме, необходимом для исполнения Договора страхования. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, социального положения, имущественного положения, образования, профессии, доходов, состояния здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу Страховщика для осуществления информационного сопровождения, исполнения договора страхования и информационных рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях осуществления деятельности по страхованию.

5.6. Даю свое согласие государственным органам, медицинским учреждениям, бюро медико-социальной экспертизы и фондам ОМС, иным учреждениям (организациям), а также любым врачам любого медицинского учреждения и иным лицам, имеющим сведения о физическом и психическом состоянии моего здоровья, на предоставление Страховщику информации о результатах объективных исследований и исследований биологических материалов, об истории болезни (болезней), диагнозе, лечении и прогнозе, об обстоятельствах и причинах (в том числе возможных причинах) наступления страхового случая, наличии иных договоров личного страхования и разрешаю Страховщику использовать эту информацию.

5.7. Подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом (его родственником: супругом, родителем, ребенком, бабушкой, дедушкой, внучком, полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным) или представителем, действующим от его имени, должностным лицом публичных международных организаций, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности в РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ.

5.8. Подтверждаю, что иное физическое лицо не имеет возможность контролировать мои действия.

5.9. Согласен, что Страховщик не будет нести обязательств по осуществлению выплаты страхового возмещения в случаях, когда осуществление таких действий повлечет за собой наложение на такого Страховщика каких-либо санкций, запретов или ограничений в рамках резолюций Организации Объединенных Наций, а также торговых или экономических санкций в рамках законов или положений Европейского Союза, США и/или иных действующих законов или положений, регулирующих применение национальных экономических или торговых санкций.

5.10. Плату за услугу Банка по присоединению к Договору страхования прошу произвести:

- за счет кредитных средств, предоставленных Банком. *
 за счет моих собственных денежных средств.

Мне известно содержание Правил страхования жизни и Правил страхования от несчастных случаев и болезней в редакциях, действующих на дату заполнения данного Заявления и размещенных на сайте Страховщика в сети «Интернет», Тарифов, известны значения терминов, в том числе используемых в настоящем Заявлении с заглавной буквы, приведенные в указанных документах, а также в Общих условиях кредитования физических лиц в «БМВ Банк» ООО. Памятку застрахованного на руки получил(-а).

Я не согласен(-на) быть Застрахованным* по Договору коллективного страхования жизни №590/04-02-08 от 01 июля 2010 года.

Дата .. г.

Подпись Застрахованного Фамилия И.О.

Подтверждаю верность изложенных сведений и даю согласие быть Застрахованным* по Договору коллективного страхования жизни № 590/04-02-08 от 01 июля 2010 года.

Дата .. г.

Подпись Застрахованного Фамилия И.О.

*должен быть заполнен один из вариантов текста.