

Договор № НОМЕР

страхования заемщика кредита от несчастных случаев и болезней

Настоящий Полис выдан на основании устного заявления Страхователя. Правила страхования № 83 добровольного страхования граждан от несчастных случаев и болезней (в редакции от 01.11.2017) являются неотъемлемой частью настоящего Полиса. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Правила страхования вручены мне путем их размещения на сайте САО «ВСК» в сети «Интернет» по адресу: <https://www.vsk.ru>. На основании ст. 435, 438 и 940 ГК РФ согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика настоящего Полиса и Правил страхования, а акцептом (согласием на заключение договора страхования) считается уплата страховой премии.

Страховщик:	САО «ВСК»
-------------	-----------

Страхователь (он же Застрахованный):				
Дата рождения:	Место рождения:	Гражданство:	РФ	
Серия и номер паспорта:	Код подразделения:	Дата выдачи:		
Наименование органа, выдавшего паспорт:				
Адрес:				
Контактный телефон:				

Выгодоприобретатель 1-ой очереди:	В части фактической суммы долга на дату страхового случая по кредитному договору № _____ от «__» _____ 202__ года.			
Кредитное учреждение	Публичное акционерное общество «Сбербанк России»			
Адрес	г. Москва, ул. Вавилова, д. 19			
Выгодоприобретатель 2-ой очереди:	В части разницы между суммой страховой выплаты и суммой, подлежащей выплате Выгодоприобретателю 1-ой очереди			
Выгодоприобретателем 2-ой очереди является Застрахованный, а в случае его смерти:				
Ф.И.О:	Наследники по закону			
Адрес:				

Объект страхования:	имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни
----------------------------	--

Страховые случаи:	Размер страховой выплаты:
1. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, происшедшего в период страхования, или по причинам иным, чем несчастный случай	100 % страховой суммы
2. Установление Застрахованному I или II группы инвалидности в результате несчастного случая, происшедшего в период страхования, или в результате заболевания, впервые диагностированного в период страхования, либо заболевания, существовавшего и/или диагностированного до заключения договора страхования и указанного Страхователем (Застрахованным) в Заявлении Страхователя (Застрахованного)	100 % страховой суммы

Страховая сумма:	
-------------------------	--

Территория страхового покрытия:	Весь мир
--	----------

Страховая премия:	
уплачена	«08» июля 2020 г.

Срок страхования:	с 00 часов «08» июля 2020 г.	до 24 часов «07» июля 2021 г.
--------------------------	------------------------------	-------------------------------

<p>Дополнительные условия:</p>	<p>1. Нормы, содержащиеся в настоящем Договоре, имеют преимущественную силу по отношению к положениям Правил №83. Положения Правил №83, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в настоящем Договоре, обязательны для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и Страховщика;</p> <p>2. Смерть или установление I или II группы инвалидности, произошедшие по истечении срока действия договора страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в период действия договора страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня наступления несчастного случая/ диагностированного (впервые) заболевания или характерные симптомы заболевания впервые проявились в период действия договора страхования;</p> <p>3. Пункты 7.1.2, 7.2.3, 7.2.4, 7.2.5 Правил №83 в рамках настоящего договора страхования не применяются;</p> <p>4. Пункт 7.1.3 Правил №83 в рамках настоящего договора страхования применяется в следующей редакции: «7.1.3. заболевания СПИДом (ВИЧ инфекцией), за исключением случаев, когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных/внутримышечных инфекций или трансплантации органов, а также в случаях, когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица».</p> <p>5. Стороны пришли к соглашению о допустимости использования подписи и печати Страховщика, выполненных с применением технических средств, которые признаются сторонами аналогами оригинального оттиска и собственноручной подписи Страховщика (факсимильная подпись и печать).</p> <p>6. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования с условием возврата суммы уплаченной страховой премии в полном объеме при наличии в совокупности следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> - с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (четырнадцати) календарных дней; - заявление об отказе поступило до даты начала страхования. <p>7. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования с условием возврата суммы уплаченной страховой премии за не истекший период действия Договора, без вычета расходов на ведение дел, при наличии в совокупности следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> - с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (четырнадцати) календарных дней; - заявление об отказе поступило после начала страхования; - отсутствию в данном периоде событий, имеющих признаки страховых случаев. <p>8. В случае отказа Страхователя от договора страхования сроки иные, чем указанные в п.п. 5 и 6 настоящего раздела, порядок возврата предусмотрен Правилами страхования.</p> <p>9. Действие Договора страхования прекращается с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.</p> <p>10. Возврат, причитающейся страхователю суммы страховой премии, производится в течение 10-ти рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от Договора страхования. Возврат производится наличными денежными средствами в кассе Страховщика по адресу: 121552, г. Москва, ул. Островная, д. 4 либо путем перечисления на банковские реквизиты, предоставленные Страхователем в письменном виде. Если банковские реквизиты для перечисления страховой премии предоставлены Страхователем позже заявления об отказе от Договора страхования, вышеуказанный срок для возврата страховой премии начинает течь с даты предоставления таких реквизитов.</p> <p>11. Период действия страхового покрытия 24 часа.</p> <p>12. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента принятия решения и с даты получения информации о порядке перечисления страхового возмещения от Выгодоприобретателя 1 очереди.</p>
---------------------------------------	--

ДЕКЛАРАЦИЯ И СОГЛАСИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ / ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Настоящим подтверждаю, что:

- я не являюсь инвалидом и не имею действующего направления на медико-социальную экспертизу;
- я не страдаю слабоумием, рассеянным склерозом, полиомиелитом, параличом, эпилепсией, психическими заболеваниями;
- не имею сахарный диабет;
- я не страдаю хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, почечной недостаточностью, не имею других патологий в области почек: единственная почка, нефроптоз, гидронефроз;
- я не имею злокачественных новообразований (в т.ч. злокачественные болезни крови и кроветворных органов), не имею доброкачественных образований: гиперплазия предстательной железы;
- я не страдаю циррозом печени; гепатитом (В,С), хроническим панкреатитом с ежегодным обострением, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (последнее обострение менее трех лет от даты подачи заявления на страхование), калькулезным холециститом (наличие камней в желчном пузыре);
- я не переносил(а): инсульт, инфаркт миокарда, тромбозом болю легочной артерии, операции на магистральных сосудах сердца (стентирование, шунтирование);
- я не страдаю стенокардией, ишемической болезнью сердца, гипертонией II или III степени, ревмокардитом, не имею врожденного порока сердца;
- я не страдаю анемией средней и тяжелой степени тяжести, гемофилией, лейкемией и другими заболеваниями системы крови;
- я не страдаю эмфиземой, бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести, пневмокониозом, туберкулезом (на момент начала страхования не нахожусь на лечении и не стою на учете в туберкулезном диспансере);
- я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;
- я не переносил черепно-мозговых травм; не страдаю заболеваниями позвоночника, суставов, не имею грыжу межпозвоночных дисков;
- я не являюсь ограниченно трудоспособным в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью;
- я не знаю о наличии у меня заболеваний, которые могли бы потребовать хирургического лечения (кроме стоматологического лечения);
- я не обращался (обращалась) за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, не являюсь носителем ВИЧ и не болен СПИДом;
- я не страдаю алкоголизмом и/или наркоманией;
- я не имею срок беременности (для женщин).
- Я, чья жизнь принимается на страхование, заявляю, что вышеуказанные сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящее заявление соответствуют действительности и будут являться частью договора страхования. Я понимаю, что при сообщении неправомерных или неполных сведений договор страхования может быть признан судом не действительным. С условиями страхования ознакомлен и согласен.

Я даю разрешение CAO «ВСК» на получение медицинской информации от любого врача, у которого я когда-либо консультировался и/или лечился, или от любой организации, обладающей информацией о состоянии моего здоровья. Я уполномочиваю любое медицинское учреждение передавать CAO «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 обладающими информацией о состоянии моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Я даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении, в целях заключения и исполнения договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». Указанные мною данные предоставляются в целях заключения и исполнения договора страхования, а также разработки новых продуктов и услуг. Согласие предоставляется с момента оформления настоящего Заявления на страхование и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств, может быть отозвано путем направления письменного заявления Генеральному директору CAO «ВСК».

Стороны пришли к соглашению о допустимости использования подписи и печати Страховщика, выполненных с применением технических средств, которые признаются сторонами аналогами оригинального оттиска и собственноручной подписи Страховщика (факсимильная подпись и печать).

Стороны также пришли к соглашению, о том что указание Страхователем информации при оформлении договора страхования путем проставления отметок в соответствующих полях является выражением волеизъявления Страхователя и равносильно его собственноручной подписи.

Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает следующее: 1) Страхователь / Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций и/или родственником иностранного публичного должностного лица, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае Страхователь обязуется предоставить подтверждающие вышеуказанные данные документы. 2) Страхователь / Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. 3) Страхователь не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.

Я согласен, что Выгодоприобретателями по договору страхования являются:

- Выгодоприобретатель 1-ой очереди - в части фактической суммы долга на дату страхового случая по кредитному договору ПАО «Сбербанк»;

- Выгодоприобретатель 2-ой очереди - в части разницы между суммой страховой выплаты и суммой, подлежащей выплате Выгодоприобретателю 1-ой очереди: Застрахованный, а в случае его смерти – его наследники по закону.

Страховщик: CAO «ВСК»

121552, г. Москва, улица Островная, дом 4, тел. (495) 785-27-76; ИНН/КПП 7710026574/997950001

Расч. счет 40701810600020001241 в МБ Сбербанка России; Номер лицензии: СИ № 0621 от 11.09.2015 г., СЛ № 0621 от 11.09.2015 г.