

## **ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ**

**СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ ЗАЕМЩИКОВ КРЕДИТА, СВЯЗАННЫХ С НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ПОТЕРЕЙ РАБОТЫ ЗАО СК «РЕЗЕРВ» от 01.10.2013г.**  
к Правилам комплексного страхования заемщиков кредитов ЗАО СК «Резерв» от 21.08.2013г.

### **1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

**1.1. Договор страхования** - Договор страхования финансовых рисков заемщиков кредита, связанных с недобровольной потерей работы, заключенный между Страхователем и ЗАО «СК «Резерв» (далее – «Страховщик») в соответствии с Правилами комплексного страхования заемщиков кредита, утвержденных Приказом от 21.08.2013 г. (далее по тексту – «Правила страхования»). Форма страхового полиса изложена в Приложении 1 к Полисным условиям.

**1.2. Застрахованное лицо/Страхователь** – дееспособное физическое лицо в возрасте старше 18 лет и моложе 55 лет (для женщин) и 60 лет (для мужчин) на дату начала «срока страхования», подписавшее Заявление на страхование (по форме Приложения 2 к Полисным условиям).

**1.3. Не подлежат страхованию лица**, возраст которых на момент заключения договора страхования превышает 55 лет (для женщин) и 60 лет (для мужчин), а также лица, которые на момент заключения договора вышли на досрочную пенсию по старости; являются пенсионерами по старости или за выслугу лет по государственному пенсионному обеспечению; являются индивидуальными предпринимателями; работают по срочному трудовому договору; имеют трудовой стаж на последнем месте работы менее 4 (четырёх) месяцев, а общий трудовой стаж менее 12 (двенадцати) месяцев.

В случае если Договор страхования заключен с физическим лицом, которое не отвечает указанным выше требованиям и, соответственно, не может являться Застрахованным лицом, события, произошедшие с таким физическим лицом, Страховыми случаями являться не будут, при этом Договор страхования будет считаться незаключенным, а Страховая премия, уплаченная по Договору страхования, подлежит возврату по письменному заявлению Страхователя.

**1.4. Страховая Сумма** - определенная договором страхования денежная сумма, которую обязуется выплатить Страховщик Страхователю, и исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты.

**1.5. Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого заключен Договор Страхования. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо.

**1.6. Страховой случай** - свершившееся, предусмотренное Договором страхования событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, при условии, что указанное событие произошло в течение срока действия договора страхования.

**1.7. Финансовый риск** – риск непредвиденной потери Застрахованным лицом постоянного источника заработка в результате потери работы по независящим от него обстоятельствам.

**1.8. Трудовой договор** - соглашение между работодателем и работником, действующее на дату заключения договора страхования или заключенное в течение срока действия договора страхования, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и данным соглашением, своевременно и в полном размере выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у данного работодателя.

**1.9. Временная франшиза** - период отсутствия занятости Застрахованного, установленный в днях Договором страхования, за который не производятся страховые выплаты. Период временной франшизы исчисляется с даты расторжения трудового договора и устанавливается в 60 (шестьдесят) дней.

**1.10. Период ожидания** - период, установленный в днях договором страхования, исчисление которого начинается с даты вступления договора страхования в силу. Период ожидания составляет 60 (шестьдесят) дней. Событие, произошедшее в течение этого периода, не является страховым случаем.

**1.11. Работодатель** - физическое лицо (как это определено ТК РФ) либо юридическое лицо (организация), вступившее в трудовые отношения с Застрахованным лицом.

**1.12. Работник** - физическое лицо, вступившее в трудовые отношения с работодателем и являющееся застрахованным по Договору страхования.

**1.13. Занятость** - деятельность Застрахованного лица по трудовому договору, не противоречащая законодательству Российской Федерации и приносящая ему трудовой доход (далее - заработок).

**1.14. Государственная служба занятости населения** (далее СЗН) включает:

1. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере труда, занятости и альтернативной гражданской службы, по оказанию государственных услуг в сфере содействия занятости населения и защиты от безработицы, трудовой миграции и урегулирования коллективных трудовых споров.

2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие переданные в соответствии с п. 1 ст. 7.1 Закона РФ от 19 апреля 1991 г. N 1032-1 "О занятости населения в Российской Федерации" полномочия.

3. Государственные учреждения службы занятости населения.

**1.15. Недобровольная потеря работы** – прекращение трудового договора по установленным настоящими Правилами основаниям, повлекшее за собой возникновение финансовых убытков Застрахованного лица, связанных с неполучением (утратой) им постоянного дохода.

### **2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

**2.1** Договор страхования заключается на случай утраты Страхователем постоянного дохода вследствие потери работы (прекращения / расторжения трудового договора) в результате:

**2.1.1.** Ликвидации предприятия, прекращения деятельности работодателя – физического лица (п.1.ст.81 Трудового кодекса Российской Федерации, далее по тексту ТК РФ);

**2.1.2.** Сокращения численности или штата работников предприятия (п.2.ст.81 ТК РФ).

### **3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ**

**3.1.** События, указанные в пункте 2.1.1-2.1.2 не признаются страховыми случаями и выплаты по ним не производятся в следующих случаях:

**3.1.1.** Если расторжение трудового договора произошло в период ожидания, установленный Договором страхования.

**3.1.2.** Если Застрахованный заключил новый трудовой договор в течение периода временной франшизы.

**3.1.3.** Если отсутствие занятости Застрахованного приходится на период временной франшизы.

**3.1.4.** Если Застрахованный не зарегистрировался в СЗН в сроки, предусмотренные Правилами страхования и не состоял на учете в СЗН в течение всего периода отсутствия занятости.

**3.1.5.** Если истек срок трудового договора.

**3.1.6.** Если расторжение трудового договора произошло по инициативе работника.

**3.1.7.** Если расторжение трудового договора произошло вследствие нарушения установленных Трудовым кодексом или иным федеральным законом обязательных правил при заключении трудового договора.

**3.1.8.** Иные случаи расторжения трудового договора по инициативе работодателя, предусмотренные Трудовым кодексом Российской Федерации и Правилами страхования.

### **4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

**4.1.** Страховая Сумма в месяц устанавливается по соглашению сторон и указывается в страховом полисе.

**4.2.** Страховая премия рассчитывается по тарифу, который составляет **8%** (восемь процентов) в месяц от Страховой суммы за месяц. Тариф является фиксированным и не может быть изменен.

**4.3.** Страховая премия оплачивается одновременно путем безналичного перечисления.

### **5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

**5.1.** Срок действия страхования определяется при заключении Договора страхования, указан в Договоре.

5.2. Договор страхования вступает в силу с момента оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме и действует до его прекращения.

5.3. Договор страхования прекращается в случаях:

5.3.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут дня, определенного Договором в качестве даты окончания срока его действия).

5.3.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме.

5.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно в любое время по требованию Страхователя. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату. Договор страхования досрочно прекращается с даты, следующей за днем получения заявления Страховщиком.

## **6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **6.1. Страховщик имеет право:**

6.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем (Выгодоприобретателем) информацию и выполнение Страхователем требований договора страхования.

6.1.2. Расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

6.1.3. При изменении степени риска потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

6.1.4. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступившего события, при необходимости запрашивать сведения, связанные с событием у кредитных организаций, других предприятий, учреждений и организаций.

### **6.2. Страховщик обязан:**

6.2.1. Соблюдать полисные условия и условия Договора страхования.

6.2.2. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Выгодоприобретателем).

### **6.3. После получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:**

6.3.1. Выяснить обстоятельства наступления события.

6.3.2. После получения всех необходимых документов, при признании события страховым случаем, в течение 15-ти рабочих дней составить страховой акт, в котором определить размер вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного и суммы страховой выплаты.

6.3.3. Произвести страховую выплату (или отказать в выплате при наличии оснований) в течение 15-ти рабочих дней после предоставления всех документов, указанных в 7.3. полисных условий.

### **6.4. Страхователь (Застрахованный) имеет право:**

6.4.1. Получить от Страхователя страховой полис.

6.4.2. Требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования.

6.4.3. Досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и полисными условиями страхования.

6.4.4. Получить дубликат полиса в случае его утраты.

6.4.5. На получение от Страховщика информации, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной.

6.4.6. Заключить договор страхования как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц на срок, согласованный со Страховщиком.

### **6.5. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:**

6.5.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику достоверную информацию о себе, а также о всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

6.5.2. Уплатить страховую премию в размере и сроки, определенные договором страхования.

6.5.3. Обеспечить сохранность страхового полиса.

6.5.4. Сообщить Страховщику об изменениях в трудовом договоре (контракте) в течение 3-х рабочих дней с момента внесения таких изменений.

6.5.5. Соблюдать полисные условия и условия Договора страхования.

### **6.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованный) обязан:**

6.6.1. В случае предупреждения Страхователя работодателем о предстоящем его высвобождении в связи с ликвидацией предприятия, осуществлением мероприятий по сокращению численности или штата работников сообщить об этом Страховщику в течение 5-ти рабочих дней со дня такого предупреждения.

6.6.2. Незамедлительно, но в любом случае не позднее 10-ти рабочих дней уведомить о наступлении страхового события Страховщика в письменном виде (по форме Приложения 3 к Полисным условиям) и предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового события. Уведомление о страховом случае и документы направляется на адрес Страховщика: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912 заказным письмом с уведомлением о вручении.

При невыполнении данного требования Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести выплату.

6.6.3. Сообщить Страховщику о наличии судебного иска к работодателю по поводу восстановления на работе (в течение 3-х календарных дней с момента регистрации искового заявления в суде).

6.6.4. В течение 10 рабочих дней подать документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации в орган СЗН для регистрации в качестве безработного или гражданина, ищущего работу.

6.6.5. Принимать все разумные и необходимые меры для заключения нового трудового договора: принимать участие в консультациях, организованных СЗН; получать информацию и услуги СЗН, связанные с профессиональной ориентацией; участвовать в профессиональной подготовке, переподготовке и повышении квалификации по направлению органа СЗН.

## **7. ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

7.1. Для подтверждения факта наступления страхового события Страхователю (Выгодоприобретателю) необходимо направить на адрес Страховщика: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912 заказным письмом с уведомлением о вручении, следующие документы:

- копию страхового полиса и заявления на страхование;

- копию документа, удостоверяющего личность получателя выплаты;

- копию трудовой книжки, заверенную нотариально, либо печатью последнего работодателя (все страницы), подтверждающей дату и причину увольнения Страхователя;

- оригинал или копию расторгнутого Трудового договора с последним Работодателем (со всеми дополнительными соглашениями), заверенную нотариально, либо печатью последнего работодателя;

- оригинал справки о доходах Застрахованного лица по форме 2-НДФЛ, с информацией о заработке не менее чем за 3 (три) месяца, предшествующих расторжению Трудового договора, не включая месяц расторжения.

7.2. Страховщик вправе потребовать предоставления дополнительных документов, необходимых для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая.

7.3. Страховая выплата производится на ежемесячной основе за каждый истекший месяц нахождения в статусе безработного после истечения периода временной франшизы (60 (шестьдесят) дней с даты расторжения трудового договора), начиная с шестьдесят первого дня безработицы.

Страхователь, направляет Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней следующие документы для получения страховой выплаты за очередной месяц нахождения в статусе безработного:

- заявление на получение страхового возмещения с указанием полных банковских реквизитов застрахованного (по форме Приложения 4 к Полисным условиям);

- оригинал справки, выданной органом государственной службы занятости населения, подтверждающей регистрацию Застрахованного в качестве безработного или гражданина, ищущего работу в истекшем месяце (месяц, за который производится страховая выплата).

7.4. Страховое возмещение выплачивается в течение 15-ти рабочих дней после предоставления всех необходимых документов путем безналичного перечисления на счет Выгодоприобретателя, открытый в ОАО КБ «Восточный», если иной счет не указан в соответствующем заявлении Выгодоприобретателя, ежемесячно в течение отсутствия занятости Страхователя. В случае выплаты за неполный месяц отсутствия занятости страховое возмещение осуществляется пропорционально количеству дней отсутствия занятости в прошедшем месяце.

7.5. Общее количество ежемесячных выплат страхового возмещения не может превышать лимита количества страховых выплат, который составляет 12 (двенадцать) ежемесячных выплат.

## **8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров.

8.2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством



## ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ПОТЕРЕЙ РАБОТЫ

### СТРАХОВОЙ ПОЛИС

Серия: **ПР-КСЗ** Номер: **номер кредитного договора**

Заключен на основании Полисных условий страхования финансовых рисков заемщиков кредита, связанных с недобровольной потерей работы ЗАО СК «РЕЗЕРВ» от 01.10.2013г.

к Правилам комплексного страхования заемщиков кредитов ЗАО СК «Резерв» от 21.08.2013г.

#### 1. СТРАХОВЩИК: ЗАО СК «Резерв»

Лицензия С № 2733 27, выдана Федеральной службой по финансовым рынкам 22.03.2012.

Адрес юридический: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912, тел.: +7 (4212) 419-124.

Адрес для корреспонденции: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912.

Банковские реквизиты: р/с 40701810422880008182 в Дальневосточный филиал ОАО КБ «Восточный» г. Хабаровск

к/с 3010181060000000886, БИК 040813886.

#### 2. СТРАХОВАТЕЛЬ: (Застрахованное лицо) Фамилия фамилия Имя имя Отчество отчество

Паспортные данные: № номер паспорта выдан: кем выдан дата выдачи паспорта

Дата рождения: дата рождения Телефоны: телефон дом., телефон раб., телефон моб.

Адрес: индекс, почтовый адрес

3. **СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ:** По настоящему договору страхования (далее – договор страхования) Страховщик при условии уплаты Страхователем страховой премии обязуется выплачивать страховую сумму Выгодоприобретателю при возникновении убытков Страхователя вследствие отсутствия его занятости, возникшей в результате следующих событий (страховых случаев):

а) ликвидации предприятия, прекращения деятельности работодателя – физического лица (п.1.ст.81 Трудового кодекса Российской Федерации, далее по тексту ТК РФ);

б) сокращения численности или штата работников предприятия (п.2.ст.81 ТК РФ).

Вышеуказанные события не признаются страховыми случаями, если они произошли по причинам, указанным в разделе 3 Полисных условий.

Под убытками Страхователя вследствие отсутствия его занятости понимаются не полученные в связи с расторжением трудового договора ежемесячные доходы Страхователя.

#### 4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ: Застрахованное лицо.

#### 5. СТРАХОВАЯ СУММА: страховая сумма рублей в месяц.

#### 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ОПЛАТЫ: страховая премия рублей. Оплачивается одновременно путем безналичного перечисления.

#### 7. СРОК СТРАХОВАНИЯ: срок страхования с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Договор страхования вступает в силу с момента оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме, и действует до его прекращения.

8. **ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ** - период, установленный в днях договором страхования, исчисление которого начинается с даты вступления договора страхования в силу. Событие, произошедшее в течение этого периода, не является страховым случаем. Период ожидания устанавливается в 60 (шестьдесят) дней.

9. **ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ ФРАНШИЗЫ** - период отсутствия занятости Застрахованного, установленный в днях Договором страхования, за который не производятся страховые выплаты. Период временной франшизы исчисляется с даты расторжения трудового договора и устанавливается в 60 (шестьдесят) дней.

10. **СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА:** Страховая выплата по событиям, указанным в п.3 страхового полиса, за каждый месяц отсутствия занятости осуществляется в размере страховой суммы, установленной за месяц договором страхования. В случае отсутствия занятости на срок менее месяца, страховое возмещение выплачивается пропорционально количеству дней отсутствия занятости в данном месяце.

Общее количество ежемесячных страховых выплат не может превышать 12 (двенадцати) выплат за весь срок страхования.

11. **ДЕЙСТВИЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:** При наступлении страхового случая Застрахованный обязан в течение 10-ти рабочих дней подать документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации в орган СЗН для регистрации в качестве безработного или гражданина, ищущего работу, принимать все разумные и необходимые меры для заключения нового трудового договора.

Не позднее 10-ти рабочих дней с момента как ему стало известно о наступлении страхового события, Застрахованный обязан уведомить о случившемся Страховщика в письменном виде (по форме Приложения 3 к Полисным условиям) и предоставить Страховщику документы, подтверждающие факт наступления страхового события. Уведомление о страховом случае и документы направляются на адрес Страховщика: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912 заказным письмом с уведомлением о вручении.

#### 12. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ:

Застрахованное лицо предоставляет Страховщику следующие документы для подтверждения факта страхового случая:

- копию страхового полиса и заявления на страхование;

- копию документа, удостоверяющего личность получателя выплаты;

- копию трудовой книжки, заверенную нотариально, либо печатью последнего работодателя (все страницы), подтверждающей дату и причину увольнения Страхователя;

- оригинал или копию расторгнутого Трудового договора с последним Работодателем (со всеми дополнительными соглашениями), заверенную нотариально, либо печатью последнего работодателя;

- оригинал справки о доходах Застрахованного лица по форме 2-НДФЛ, с информацией о заработке не менее чем за 3 (три) месяца, предшествующих расторжению Трудового договора, не включая месяц расторжения.

Страховщик вправе потребовать предоставления дополнительных документов, необходимых для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая.

Страховая выплата производится на ежемесячной основе за каждый истекший месяц нахождения в статусе безработного после истечения периода временной франшизы (60 (шестьдесят) дней с даты расторжения трудового договора), начиная с шестьдесят первого дня безработицы.

Страхователь, направляет Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней следующие документы для получения страховой выплаты за очередной месяц нахождения в статусе безработного:

- заявление на получение страхового возмещения с указанием полных банковских реквизитов застрахованного (по форме Приложения 4 к Полисным условиям);

- оригинал справки, выданной органом государственной службы занятости населения, подтверждающей регистрацию Застрахованного в качестве безработного или гражданина, ищущего работу в истекшем месяце (месяц, за который производится страховая выплата).

13. **ПОРЯДОК ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ВЫПЛАТ:** По настоящему договору страхования выплата осуществляется в следующем порядке: ежемесячно в течение отсутствия занятости Страхователя, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения заявления на страховое возмещение и всех необходимых документов, безналичным перечислением страхового возмещения на счет Страхователя в ОАО КБ «Восточный», если иной счет не указан в соответствующем заявлении Выгодоприобретателя. В случае выплаты за неполный месяц отсутствия занятости страховое возмещение осуществляется пропорционально количеству дней отсутствия занятости в прошедшем месяце.

14. **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ:** В случае расхождений между положениями договора страхования и соответствующими положениями Правил страхования, преимущество имеет договор страхования. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя на заявлении на страхование и аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналогом печати Страховщика на страховом полисе. Под аналогом подписи и печати здесь понимается их факсимильное воспроизведение при оформлении страхового полиса с помощью средств электронного копирования (компьютерной программы). Номер договора страхования является уникальным номером и может быть использован только в одном договоре страхования и должен совпадать с номером заявления на страхование. Все дополнения и изменения к договору страхования будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и скреплены собственноручной подписью Страхователя и подписью уполномоченного лица и печатью Страховщика (аналогами подписи уполномоченного лица и печати Страховщика). Условия договора страхования изложены только на одной стороне страхового полиса, никакие пометки и условия, изложенные на обратной стороне страхового полиса, не имеют силы. Все споры по договору страхования разрешаются сторонами в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

#### ОТ СТРАХОВЩИКА:

Генеральный директор ОАО СК «Резерв»

/Е.М.Бродягина/

Дата: дата выдачи полиса

Приложение №2  
к Полисным условиям

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ПОТЕРЕЙ РАБОТЫ

### № номер кредитного договора

1. Я, **фамилия имя отчество**, паспорт № **номер** паспорта выдан: **кем выдан дата выдачи паспорта**, прошу заключить со мной и в отношении меня договор добровольного страхования финансовых рисков, связанных с недобровольной потерей работы на следующих условиях:

- на случай наступления следующих событий (страховых случаев):

- а) ликвидация предприятия, прекращения деятельности работодателя – физического лица (п.1.ст.81 Трудового кодекса Российской Федерации, далее по тексту ТК РФ);
- б) сокращение численности или штата работников предприятия (п.2.ст.81 ТК РФ);

- на страховую сумму **страховая сумма** рублей в месяц

- на срок страхования **срок страхования: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_**

в соответствии с условиями ЗАО СК «Резерв», изложенными в Договоре страхования и Полисных условиях по программе страхования финансовых рисков заемщиков кредита, связанных с недобровольной потерей работы ЗАО СК «Резерв» от 01.10.2013г. (на основании Правил комплексного страхования заемщиков кредитов ЗАО СК «Резерв» от 21.08.2013г) - далее Полисные условия.

Выгодоприобретателем по настоящему договору является Застрахованное лицо.

Настоящим подтверждаю, что я старше 18 и мой возраст на дату окончания действия договора страхования не будет более 55 лет (для женщин)/60 лет (для мужчин); работаю на дату заключения Договора страхования по бессрочному Трудовому договору (за исключением трудового договора, заключенного с индивидуальным предпринимателем), имею трудовую книжку, мой трудовой стаж на последнем месте работы на момент заключения Договора страхования превышает 4 (четыре) месяца, а общий трудовой стаж свыше 12 (двенадцати) месяцев; я не вышел на досрочную пенсию по старости, не являюсь пенсионером по старости или за выслугу лет по государственному пенсионному обеспечению, не являюсь индивидуальным предпринимателем; характер моей трудовой деятельности по Трудовому договору не является сезонным или временным; я не уведомлен о намерении работодателя сократить штат сотрудников или о ликвидации организации программы.

Договор страхования считается заключенным в момент принятия Страхователем от Страховщика страхового полиса, выданного на основании настоящего заявления Страхователя, и Полисных условий, и вступает в силу с момента оплаты Страхователем страховой премии по Договору страхования в полном объеме. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя на заявлении на страхование и аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналогом печати Страховщика на страховом полисе. Под аналогом подписи и печати здесь понимается их графическое воспроизведение при оформлении страхового полиса с помощью компьютерной программы.

Подписывая настоящее Заявление, я заявляю:

- что я согласен, в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон), предоставлять Закрытому акционерному обществу СК «Резерв» право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение, передачу (в том числе трансграничную), в том числе ОАО КБ «Восточный» (адрес: 675000, . Благовещенск, пер. Св. Иннокентия, 1) с целью их обработки для заключения и исполнения договора страхования, обезличивание, блокирование и уничтожение) указанных в настоящем заявлении персональных данных Страхователя (Застрахованного), в том числе в целях заключения между Страхователем и Страховщиком договора страхования, при этом такое согласие дается Страхователем (Застрахованным) Страховщику на весь срок жизни Страхователя (Застрахованного) и может быть отозвано Страхователем (Застрахованным) в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного Страхователем (Застрахованным) письменного уведомления;

- что мне известно, что действие Договора страхования в отношении меня может быть досрочно прекращено по моему желанию. При этом мне также известно, что в соответствии со статьей 958 ГК РФ и согласно условиям договора страхования возврат страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя не производится.

Я обязуюсь сообщить ЗАО СК «Резерв» о наступлении событий, имеющих признаки страхового случая в срок не позднее 10-ти рабочих дней с момента его наступления. А также даю свое согласие на передачу ЗАО СК «Резерв» и ОАО КБ «Восточный» друг другу сведений, касающихся этих событий и заключенного Кредитного договора с даты подписания настоящего Заявления.

Я разрешаю ЗАО СК «Резерв» в случае необходимости осуществления расчетов по платежам в связи с договором страхования, запрашивать в ОАО КБ «Восточный» информацию о номере моего счета в этом банке, и настоящим поручаю ОАО КБ «Восточный» предоставлять ЗАО СК «Резерв» такую информацию.

Страховой полис мне вручен, с условиями Страхового полиса и Полисными условиями ознакомлен, согласен, возражений не имею и обязуюсь их выполнять. Я ознакомлен, что Полисные условия являются общедоступными и размещаются на информационных стендах во всех филиалах, дополнительных офисах и других внутренних структурных подразделениях Банка, обслуживающих клиентов, а также на сайте Банка [www.express-bank.ru](http://www.express-bank.ru). Согласен, что в случае расхождений между Страховым полисом и Полисными условиями, преимущество имеет Страховой полис.

Я проинформирован о том, что страхование является добровольным и его наличие/отсутствие не влияет на принятие ОАО КБ «Восточный» решения о предоставлении мне кредита.

Согласен с оплатой страховой премии, в размере **страховая премия** рублей путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика с моего расчетного счета в ОАО КБ «Восточный».

Дата: **дата оформления полиса** \_\_\_\_\_

(Подпись и ФИО Страхователя)

Заявление принял:

**ФИО сотрудника Банка, оформившего полис:** \_\_\_\_\_

(Подпись лица, оформившего полис)



**ЗАО СК «Резерв»**  
г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903, 912  
тел.: +7 (4212) 419-124  
[www.rezerv.com.ru](http://www.rezerv.com.ru)  
Лицензия С № 2733 27

Генеральному директору  
**ЗАО «СК «Резерв» Бродягиной Е.М.**

от \_\_\_\_\_

### Уведомление Страховщика о наступлении страхового случая

Настоящим уведомляю Вас о наступлении страхового события (далее – «Событие»):

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_
2. Паспортные данные: \_\_\_\_\_
3. Адрес прописки (регистрации): \_\_\_\_\_
4. Телефон: дом.: \_\_\_\_\_ моб.: \_\_\_\_\_; раб.: \_\_\_\_\_
5. Номер Страхового полиса \_\_\_\_\_
6. Страховая сумма, согласно Страховому полису: \_\_\_\_\_

Страховое событие:

- Ликвидации предприятия, прекращения деятельности работодателя – физического лица
- Сокращения численности или штата работников предприятия

Дата события: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование работодателя (Ф.И.О. для работодателя – физического лица), адрес и телефон (с кодом города) работодателя \_\_\_\_\_

Стаж на последнем месте работы: \_\_\_\_\_ месяцев.

Общий трудовой стаж: \_\_\_\_\_ лет.

Для подтверждения события прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- ....

Выгодоприобретатель: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



ЗАО СК «Резерв»  
г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903, 912  
тел.: +7 (4212) 419-124  
[www.rezerv.com.ru](http://www.rezerv.com.ru)  
Лицензия С № 2733 27

### ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, являясь Страхователем (Выгодоприобретателем) по полису страхования от финансовых рисков, связанных с недобровольной потерей работы серия № \_\_\_\_\_, прошу осуществить выплату страхового возмещения в соответствии с Уведомлением о событии и условиями договора страхования в связи с тем, что на \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ (очередная дата, число которой соответствует числу даты страхового случая) я имел статус безработного, что подтверждается справкой, выданной органом государственной службы занятости населения.

Для подтверждения страхового случая прилагаю следующие документы:

- справку о статусе безработного на отчетную дату;
- прочие документы (перечислить) \_\_\_\_\_

Прошу Вас рассмотреть возможность осуществления страховой выплаты за период с \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Страховую выплату в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) рублей

направить по следующим реквизитам:

ОАО «Восточный экспресс банк»  
Филиал (указать филиал) \_\_\_\_\_  
ИНН 2801015394  
КПП \_\_\_\_\_  
К/С № \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_  
Расчетный счет \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что на дату, указанную в предоставляемой справке органа государственной службы занятости населения, отсутствует действующий трудовой договор, заключенный со мной и работодателем.

Страхователь:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /