У Т В Е Р Ж Д Е Н О

Генеральный директор

_____ Е.М. Бродягина

Приказ № 39

от «15» сентября 2014 г.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ

СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ ЗАЕМЩИКОВ КРЕДИТА, СВЯЗАННЫХ С НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ПОТЕРЕЙ РАБОТЫ ЗАО СК «РЕЗЕРВ» от 15.09.2014г.

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 менее 18 лет либо превышает 55 лет (для женщин) и 60 лет (для мужчин); которые работают по срочному трудовому договору; работают по трудовому договору, заключенному с индивидуальным предпринимателем; не имеющие трудовую книжку; трудовой стаж которых на последнем месте работы менее 4 (четырех) месяцев, а общий трудовой стаж менее 12 (двенадцати) месяцев; которые на момент заключения договора вышли на досрочную пенсию по старости, являются пенсионерами по старости или за выслугу лет по государственному пенсионному обеспечению; являются индивидуальным предпринимателями; характер трудовой деятельности которых по Трудовому договору является сезонным или временным; а также лица, которые уведомлены о намерении работодателя сократить штат сотрудников или о ликвидации организации.

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 до-говором, 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 единовременно 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, за исключением случаев, указанных в п. 5.5.настоящих Полисных условий.

5.5. В случае получения Страховщиком в течение 5 календарных дней со дня заключения договора страхования заявления Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, по форме Приложения № 5 к Полисным условиям, в письменном виде или посредством направления сканированной копии собственноручно составленного и подписанного Страхователем заявления на адрес электронной почты указанной на официальном Интернет-сайте Страховщика, уплаченная Страхователем страховая премия подлежит возврату <u>в течение 10 рабочих дней с</u>

момента получения Страховщиком Заявления Страхователя, при условии отсутствия в соответствующий период (с даты заключения Договора страхования до даты получения Страховщиком заявления Страхователя) событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования. Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты вступления договора страхования в силу, права и обязанности сторон с указанной даты прекращаются.

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.

Приложение №1
к Полисным условиям от 15.09.2014 г.

РЕЗЕРВ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ПОТЕРЕЙ РАБОТЫ

С Т Р А Х О В О Й П О Л И С

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 15.09.2014г. 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.: 8-800-707-200-7 (бесплатно по всей России); +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 30101810600000000886, 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. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ: Застрахованное лицо.

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

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ОПЛАТЫ: ***страховая премия*** рублей. Оплачивается единовременно 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.
7.1. 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, за исключением случаев, указанных в п. 5.5. Полисных условий от 15.09.2014г.

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. ДЕЙСТВИЯ 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 ЗАО СК «Резерв» **/Е.М.Бродягина/**

Дата: дата выдачи полиса

Приложение №2
к Полисным условиям от 15.09.2014 г.

ЗАО СК «Резерв»
г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903, 912
тел.: 8-800-707-200-7 (бесплатно по всей России)
+7 (4212) 419-124
www.rezerv.com.ru
Лицензия С № 2733 27

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 страховании 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 15.09.2014г. (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, за исключением случаев, указанных в п. 5.5. Полисных условий от 15.09.2014г.
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. 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)

Приложение №3
к Полисным условиям от 15.09.2014 г.

ЗАО СК «Резерв»
г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903, 912
тел.: 8-800-707-200-7 (бесплатно по всей России)
+7 (4212) 419-124
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. _____/_____/

Приложение №4
к Полисным условиям от 15.09.2014 г.

ЗАО СК «Резерв»
г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903, 912
тел.: 8-800-707-200-7 (бесплатно по всей России)
+7 (4212) 419-124
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. _____/_____/

Приложение № 5
к Полисным условиям от 15.09.2014 г.

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

от _____
(Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного лица)
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____номер_____
выдан_____
_____
« ____ » _____ 20____ г.
адрес: _____
_____
телефон: _____
эл. адрес: _____

Заявление
о досрочном отказе от Договора страхования

«_____»_____20____г. между ЗАО «СК «Резерв» и_____
_____
(Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного лица)
был заключен (выбрать вариант):

□ Договор страхования от несчастных случаев и болезней (страховой полис) Серия НС-КСЗ
№ _____, сроком по « ____ » _____ 20____ г.

□ Договор страхования финансовых рисков, связанных с недобровольной потерей работы (страховой полис) Серия ПР-КСЗ
№ _____, сроком по « ____ » _____ 20___ г.

В соответствии с п. 5.4. Полисных условий страхования заемщиков кредита от несчастных случаев и болезней ЗАО «СК «Резерв» от 02.06.2014 г., п. 5.4. Полисных условий страхования финансовых рисков заемщиков кредита, связанных с недобровольной потерей работы ЗАО «СК «Резерв» от 02.06.2014 г. (далее – Полисные условия) 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, за исключением случаев, указанных в п. 5.5. Полисных условий. Согласно п. 5.5. в случае получения Страховщиком в течение 5 календарных дней со дня заключения договора страхования заявления Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, по форме Приложения № 5 к Полисным условиям, в письменном виде или посредством направления сканированной копии собственноручно составленного и подписанного Страхователем заявления на адрес электронной почты указанной на официальном Интернет-сайте Страховщика, уплаченная Страхователем страховая премия подлежит возврату в течение 10 рабочих дней с момента получения Страховщиком Заявления Страхователя, при условии отсутствия в соответствующий период (с даты заключения Договора страхования до даты получения Страховщиком заявления Страхователя) событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования. Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты вступления договора страхования в силу, права и обязанности сторон с указанной даты прекращаются.

На основании изложенного, досрочно отказываюсь от вышеуказанного(ых) Договора(ов) страхования.

Уплаченную мной страховую премию в сумме _____ (_____
_____) руб.

прошу вернуть

на счет № _____ в филиале _____ ОАО КБ «Восточный»

Дата: « ____ » _____ 20____ г.
_____ / _____
(Подпись) (Ф.И.О. Страхователя)

Заявление принял:
Ф.И.О. сотрудника Банка, принявшего заявление: _____
(Подпись лица, принявшего заявление)