

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ

СТРАХОВАНИЯ ЗАЕМЩИКОВ КРЕДИТА ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ ЗАО СК «РЕЗЕРВ» от 10.02.2014г.
к Правилам комплексного страхования заемщиков кредитов ЗАО СК «Резерв» от 21.08.2013г.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. **Договор страхования/страховой полис** - Договор страхования заемщиков кредита от несчастных случаев и болезней, 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 не менее 18 лет и не более 75 лет на дату начала «срока страхования», подписавшее Заявление на страхование (по форме Приложения 2 к Полисным условиям).

1.3. **Не подлежат страхованию следующие лица**, возраст которых на момент заключения договора страхования менее 18 лет либо превышает 75 лет.

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 (в случае его смерти – наследники Застрахованного).

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. **Несчастный случай** – фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное, кратковременное (до нескольких часов), внешнее по отношению к Застрахованному событие, повлекшее за собой телесное повреждение, или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение срока действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного и/или Выгодоприобретателя.

1.8. **Болезнь (заболевание)** – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления договора страхования в силу.

1.9. **Инвалидность** – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности. Группа инвалидности Застрахованному лицу устанавливается Медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК) в соответствии с требованиями законодательных и нормативных актов.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. Страховыми случаями признаются следующие события:

2.1.1 Инвалидность 1 и 2 группы Застрахованного в результате несчастного случая или болезни (далее по тексту – «Инвалидность»);

2.1.2 Смерть Застрахованного в результате несчастного случая или болезни (далее «Смерть»).

Вышеуказанные события, явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года с даты наступления несчастного случая.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ.

3.1. События, указанные в пункте 2.1.1. - 2.1.2., не признаются Страховыми Случаями, если они произошли в результате:

3.1.1. Умышленных действий Застрахованного/Выгодоприобретателя;

3.1.2. Самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет;

3.1.3. Войны, интервенции, военных действий иностранных войск, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти, а также любого иного аналогичного события, связанного с применением и/или хранением оружия и боеприпасов;

3.1.4. Алкогольного опьянения или отравления Застрахованного, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача;

3.1.5. Вследствие действий Застрахованного, совершенных в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя 0,3 промилле и более), токсического или наркотического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, принятых без предписания врача;

3.1.6. Совершения или попытки совершения умышленного преступления Страхователем/ Застрахованным/Выгодоприобретателем либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении страховой выплаты по договору страхования;

3.1.7. Любых иных действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя по договору страхования, направленных на наступление страхового случая.

3.1.8. Участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат, а также непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;

3.1.9. Управления Застрахованным любым транспортным средством без права на управление либо в состоянии алкогольного или наркотического опьянения либо передача Застрахованным управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

3.1.10. Любых заболеваний, возникших и выявленных до вступления в силу договора страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

4.2. Страховая премия рассчитывается исходя из страхового тарифа, в зависимости от страховой суммы:

Размер страховой суммы	Страховой тариф в месяц, %
25 000 - 55 000 руб.	0,65%
55 001 - 110 000 руб.	0,55%
110 001 - 150 000 руб.	0,45%
150 001 - 200 000 руб.	0,45%
200 001 - 330 000 руб.	0,40%
330 001 - 500 000 руб.	0,30%

4.3. Страховая премия оплачивается единовременно путем безналичного перечисления.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Срок действия страхования определяется при заключении Договора страхования и указывается 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 30 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.

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. Проводить обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

6.1.3. Давать Страхователю рекомендации по предупреждению страховых случаев.
6.1.4. Расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

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

6.1.7. Отсрочить принятие решения о признании наступившего события страховым случаем (или о непризнании его страховым случаем) в случае возбуждения по факту смерти Застрахованного лица уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами, с уведомлением Выгодоприобретателя в течение трех рабочих дней, с момента получения сообщения от правоохранительных органов о возбуждении уголовного дела.

6.2. Страховщик обязан:

6.2.1. Соблюдать полисные условия и условия Договора страхования.

6.2.2. Обеспечить конфиденциальность в отношении 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 15-ти рабочих дней после получения всех необходимых документов и составления страхового акта либо с момента получения соответствующего решения, указанного в п. 6.1.7. настоящих Условий.

6.4. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

6.4.1. Получить от Страховщика 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, касающейся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

6.4.6. Заключить договор страхования как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц на любой 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. В период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

6.5.5. Соблюдать полисные условия и условия Договора страхования.

6.6. При наступлении события, обладающего признаками страхового случая, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан:

6.6.1. Незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда.

6.6.2. Не позднее 35 календарных дней с момента как Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, уведомить о случившемся Страховщика или его представителя в письменном виде (по форме приложение 3 к Полисным условиям). Уведомление о страховом случае направляется в любое отделение ОАО КБ «Восточный» либо 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.

7. ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Для получения страховой выплаты Страхователю (Выгодоприобретателю) необходимо предоставить в любое отделение ОАО КБ «Восточный» либо направить на адрес Страховщика: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912 заказным письмом с уведомлением о вручении, следующие документы:

7.1.1. В случае инвалидности Застрахованного лица:

- заявление на страховую выплату с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного (по форме Приложение 4 к Полисным условиям);

- копию страхового полиса и заявления на страхование;

- копию документа, удостоверяющего личность получателя выплаты (Застрахованного/ Выгодоприобретателя);

- заключение медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- направление на МСЭ, выданное медицинским учреждением (оригинал, копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);

- справка медицинского учреждения (выписка из медицинской карты), подтверждающая факт получения инвалидности с указанием диагноза и сроков лечения, выписка из истории болезни на весь период лечения;

- выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного, заверенная печатью выдавшего учреждения, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного до заключения договора страхования профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и пр.;

- если инвалидность наступила в результате несчастного случая – оригиналы или заверенные надлежащим образом копии предусмотренных действующим законодательством документов, выданных соответствующими уполномоченными органами, достоверно свидетельствующие о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, акт расследования несчастного случая, справка соответствующего органа МВД (если несчастный случай, в результате которого была установлена инвалидность застрахованного, наступил при обстоятельствах, зафиксированных в органе МВД);

7.1.2. В случае смерти Застрахованного лица:

- заявление на страховую выплату с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного (по форме Приложение 4 к Полисным условиям);

- копию страхового полиса и заявления на страхование;

- копию документа, удостоверяющего личность получателя выплаты;

- свидетельство о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Застрахованного) (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или решения суда об объявлении Застрахованного лица умершим (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- документ, предусмотренный действующим законодательством, в котором содержатся сведения о причине смерти Застрахованного (медицинское свидетельство о смерти, заключение судебно-медицинской экспертизы, справка о смерти и т.п.) (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- акт судебно-медицинского исследования трупа/Заключение эксперта (если вскрытие производилось) (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- выписка из истории болезни с посмертным диагнозом заверенная печатью выдавшего учреждения (в случае смерти в больнице);

- выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного, заверенная печатью выдавшего учреждения, содержащая в случае смерти в результате естественных причин информацию об имевшихся у Застрахованного до заключения договора страхования профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;

- если смерть наступила в результате несчастного случая - оригиналы или заверенные надлежащим образом копии предусмотренных действующим законодательством документов, выданных соответствующими уполномоченными органами, достоверно свидетельствующие о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, акт расследования несчастного случая, справка соответствующего органа МВД (если несчастный случай, в результате которого была установлена инвалидность застрахованного, наступил при обстоятельствах, зафиксированных в органе МВД);

7.2. В исключительных случаях Страховщик вправе запросить иные документы, если документы, предусмотренные п.7.1.1. и 7.2.1. не позволяют установить факт наступления и обстоятельства страхового случая.

7.3. При необходимости Страховщик имеет право в установленном законом порядке запрашивать сведения, связанные со страховыми случаями, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий, организаций и учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

7.4. При наступлении страхового события и признании его Страховым случаем Страховщик производит страховую выплату путем безналичного перечисления на счет Выгодоприобретателя, открытый в ОАО КБ «Восточный», если иной счет не указан в соответствующем заявлении Выгодоприобретателя, в размере 100% от страховой суммы, установленной в отношении Застрахованного лица.

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 ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ
СТРАХОВОЙ ПОЛИС**

Серия: **НС-КСЗ** Номер: **номер кредитного договора**
Заключен на основании Полисных условий страхования заемщиков кредита
от несчастных случаев и болезней ЗАО СК «РЕЗЕРВ» от 10.02.2014г.
к Правилам комплексного страхования заемщиков кредитов ЗАО СК «Резерв» от 21.08.2013г.
Заключен

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 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 Выгодоприобретателям при наступлении в жизни Застрахованного следующих событий (страховых случаев):

а) «**Инвалидность 1 и 2 группы Застрахованного в результате несчастного случая или болезни**» (далее по тексту – **инвалидность**).

б) «**Смерть Застрахованного в результате несчастного случая или болезни**» (далее по тексту – **смерть**).

Вышеуказанные события, явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года с даты наступления несчастного случая. Вышеуказанные события не признаются страховыми случаями, если они произошли по причинам, указанным в разделе 3 Полисных условий. Согласно договору страхования инвалидность III группы не является страховым случаем.

В соответствии с условиями настоящего договора страхования под **Несчастным случаем** понимается – фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное, кратковременное (до нескольких часов), внешнее по отношению к Застрахованному событие, повлекшее за собой телесное повреждение, или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение срока действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного и/или Выгодоприобретателя; под **Болезнью** понимается – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления договора страхования в силу. Любые заболевания, возникшие и выявленные до вступления в силу договора страхования, страховым случаем не являются.

4. ВЫГОДОПРИБОРИТЕТЕЛЬ: Застрахованный (наследники Застрахованного в случае его смерти).

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

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.

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 10.02.2014 г.

8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА: Страховая выплата по страховым случаям, указанным в п. 3 страхового полиса, устанавливается в размере 100% страховой суммы и является единой максимальной выплатой для всех страховых событий в совокупности, независимо от их количества за срок страхования.

9. ДЕЙСТВИЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ: При наступлении страхового случая Застрахованный (наследники Застрахованного) должны не позднее 35 календарных дней с момента как ему/им стало известно о наступлении события, уведомить о случившемся Страховщика или его представителя о наступлении страхового случая в письменном виде. Уведомление о страховом случае направляется в любое отделение ОАО КБ «Восточный» либо на адрес Страховщика: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912 заказным письмом с уведомлением о вручении.

10. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ:

Застрахованный (наследники Застрахованного) предоставляет в любое отделение ОАО КБ «Восточный» либо направляет на адрес Страховщика: г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903,912 заказным письмом с уведомлением о вручении следующие документы для подтверждения факта страхового случая:

В случае инвалидности Застрахованного:

- заявление на страховую выплату с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного (по форме приложение 4 к Полисным условиям);

- копию страхового полиса и заявления на страхование;

- копию документа, удостоверяющего личность получателя выплаты (Застрахованного/ Выгодоприобретателя);

- заключение медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- направление на МСЭ, выданное медицинским учреждением (оригинал, копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);

- справка медицинского учреждения (выписка из медицинской карты), подтверждающая факт получения инвалидности с указанием диагноза и сроков лечения, выписка из истории болезни за весь период лечения;

- выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного, заверенная печатью выдавшего учреждения, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного до заключения договора страхования профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и пр.;

- если инвалидность наступила в результате несчастного случая – оригиналы или заверенные надлежащим образом копии предусмотренных действующим законодательством документов, выданных соответствующими уполномоченными органами, достоверно свидетельствующие о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, акт расследования несчастного случая, справка соответствующего органа МВД (если несчастный случай, в результате которого была установлена инвалидность застрахованного, наступил при обстоятельствах, зафиксированных в органе МВД).

В случае смерти Застрахованного:

- заявление на страховую выплату с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного (по форме приложение 4 к Полисным условиям);

- копию страхового полиса и заявления на страхование;

- копию документа, удостоверяющего личность получателя выплаты;

- свидетельство о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Застрахованного) (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или решения суда об объявлении Застрахованного лица умершим (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- документ, предусмотренный действующим законодательством, в котором содержится сведения о причине смерти Застрахованного (медицинское свидетельство о смерти, заключение судебно-медицинской экспертизы, справка о смерти и т.п.) (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- акт судебно-медицинского исследования трупа/Заключение эксперта (если вскрытие производилось) (оригинал или нотариально-заверенная копия);

- выписка из истории болезни с посмертным диагнозом заверенная печатью выдавшего учреждения (в случае смерти в больнице);

- выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного, заверенная печатью выдавшего учреждения, содержащая в случае смерти в результате естественных причин информацию об имевшихся у Застрахованного до заключения договора страхования профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;

- если смерть наступила в результате несчастного случая - оригиналы или заверенные надлежащим образом копии предусмотренных действующим законодательством документов, выданных соответствующими уполномоченными органами, достоверно свидетельствующие о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, акт расследования несчастного случая, справка соответствующего органа МВД (если несчастный случай, в результате которого была установлена инвалидность застрахованного, наступил при обстоятельствах, зафиксированных в органе МВД)

11. ПОРЯДОК ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ВЫПЛАТ: По настоящему договору страхования выплата осуществляется в следующем порядке:

Безналичным перечислением полной страховой суммы на счет Застрахованного в ОАО КБ «Восточный», если иной счет не указан в соответствующем заявлении Выгодоприобретателя.

12. 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**



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

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

№ 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 жизни от несчастных случаев и болезней на следующих условиях:

- на случай наступления следующих событий (страховых случаев):

а) **Смерть** Застрахованного в результате несчастного случая или болезни (далее «Смерть»);

б) **Инвалидность** I или II группы Застрахованного в результате несчастного случая или болезни (далее «Инвалидность»), кроме случаев, предусмотренных как «Исключения» в Полисных условиях страхования.

При этом, в рамках заключаемого договора страхования под **Несчастливым случаем** понимается – фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное, кратковременное (до нескольких часов), внешнее по отношению к Застрахованному событие, повлекшее за собой телесное повреждение, или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение срока действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного и/или Выгодоприобретателя; под **Болезнью** понимается - любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления договора страхования в силу.

- на страховую сумму **страховая сумма** рублей.

- на срок страхования **срок страхования: с** _____ **по** _____.

в соответствии с условиями ЗАО СК «Резерв», изложенными в Договоре страхования и Полисных условиях страхования заемщиков кредита от несчастных случаев и болезней ЗАО СК «Резерв» от 10.02.2014г. (на основании Правил комплексного страхования заемщиков кредитов ЗАО СК «Резерв» от 21.08.2013г) - далее Полисные условия.

Выгодоприобретателем по настоящему договору является Застрахованный, в случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного в соответствии с действующим законодательством.

Настоящим подтверждаю, что я старше 18 и мой возраст не более 75 лет на дату начала действия договора страхования.

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 заявление 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 уполномочиваю любого врача и/или любое лечебное учреждение, предоставлявших мне медицинские услуги (обследования, консультации, лечение и т.д.), предоставлять по требованию страховой компании ЗАО СК «Резерв» копии медицинских документов (результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.) как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи со страховыми случаями по данному договору страхования; отказываюсь от каких-либо претензий по поводу предоставления документов;

- 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 10.02.2014г.

Я обязуюсь сообщить ЗАО СК «Резерв» и ОАО КБ «Восточный» о наступлении событий, имеющих признаки страхового случая в срок не позднее 35 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)



ЗАО СК «Резерв»
г. Хабаровск, 680030, ул. Постышева, 22а, офис 903, 912
тел.: +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») с Застрахованным:

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, произошедшее с Застрахованным:

- Инвалидность 1 и 2 группы Застрахованного в результате несчастного случая или болезни
 Смерть Застрахованного в результате несчастного случая или болезни

Дата события: «__» _____ 20__ г. Время □□:□□

Дата, когда стало известно о наступлении События «__» _____ 20__ г.

Место события: _____

Причины и обстоятельства События (что и как произошло) _____

_____.

Контактная информация представителя Застрахованного лица/Выгодоприобретателя/Наследника/или родственника Застрахованного:

Ф.И.О.: _____;

Адрес проживания: _____;

Телефон: дом.: _____ моб.: _____ раб.: _____;

E-mail: _____.

Выгодоприобретатель: «__» _____ 20__ г. _____/_____/_____



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

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

Выгодоприобретатель (Ф.И.О.): _____

Дата рождения: _____

Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан паспорт): _____

Адрес прописки (регистрации): _____

Телефон: дом.: _____ моб.: _____; раб.: _____

Застрахованное лицо (Ф.И.О.): _____

Дата рождения Застрахованного лица _____

Страховое событие, произошедшее с Застрахованным:

- Инвалидность 1 и 2 группы Застрахованного в результате несчастного случая или болезни
 Смерть Застрахованного в результате несчастного случая или болезни

Дата события: «__» _____ 20__ г.

Дата, когда стало известно о наступлении События «__» _____ 20__ г.

Прошу Вас рассмотреть возможность осуществления страховой выплаты.

Страховую выплату в размере _____ (_____) рублей

направить по следующим реквизитам:

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

Получатель:

К заявлению прилагаются документы (список прилагаемых документов):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

...

Выгодоприобретатель:

«__» _____ 20__ 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 10.02.2014 г., п. 5.4. Полисных условий страхования финансовых рисков заемщиков кредита, связанных с недобровольной потерей работы ЗАО «СК «Резерв» от 10.02.2014 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 30 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 (выбрать вариант путем заполнения реквизитов):

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

или по следующим реквизитам:

Наименование банка _____
ИНН _____
Кор. счет № _____
БИК _____
Расчетный счет _____

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

(Подпись)

(Ф.И.О. Страхователя)

Заявление принял:

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