

## ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ

СТРАХОВАНИЯ ЗАЕМЩИКОВ КРЕДИТА ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ ЗАО СК «РЕЗЕРВ» от 15.12.2013г.  
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 находившему 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 одновременно 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. 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. 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 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 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 приложения 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 Приложения 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);

#### **7.1.2. В случае смерти Застрахованного лица:**

- заявление на страховую выплату с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного (по форме Приложения 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-КС3** Номер: **номер кредитного договора**  
Заключен на основании Полисных условий страхования заемщиков кредита  
от несчастных случая и болезней ЗАО СК «РЕЗЕРВ» от 15.12.2013г.

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 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 **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. Любые заболевания, возникшие и выявленные до вступления в силу договора страхования, страховым случаем не являются.

**4. ВЫГОДОПРИБОРИТЕЛЯ:** 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.

**8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА:** Страховая выплата по страховым событиям, 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. ДЕЙСТВИЯ 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 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)

**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 ОАО 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](http://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 15.12.2013г. (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 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 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.

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](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  
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.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_