

**ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «Копилка» № \_\_\_\_\_**

(заключен на основании Полисных условий по программе страхования «Копилка», утвержденных Приказом от 26.04.2019 № 190426-06-од, далее – Полисные условия)

г. Москва

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<b>1. СТРАХОВЩИК</b>		
<b>ООО «СК «Ренессанс Жизнь»</b>		
ООО «СК «Ренессанс Жизнь», 115114, г. Москва, Дербеневская набережная д.7, стр.22, этаж 4, пом.13, ком.11, Тел. 8 (495) 981 2 981, www.renlife.ru, Лицензии СЖ № 3972 от 11 мая 2017 года; СЛ № 3972 от 11 мая 2017 года; ИНН 7725520440, КПП по месту нахождения 772501001, КПП крупнейшего налогоплательщика 997950001, Р/С 40701810800001410925 в АО «Райффайзенбанк» г. Москва, БИК 044525700, К/С 30101810200000000700		
<b>2. СТРАХОВАТЕЛЬ</b>		
<b>Ф.И.О.</b>		
<b>ПОЛ:</b>		
<b>ДАТА РОЖДЕНИЯ</b>		
<b>МЕСТО РОЖДЕНИЯ</b>		
<b>ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ</b> Паспорт: _____      Выдан: _____		
<b>АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ</b>		
<b>АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ</b>		
<b>ТЕЛЕФОНЫ:</b> Мобильный: _____      Домашний: _____		
<b>АДРЕС(-А) ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:</b>		
<b>ГРАЖДАНСТВО:</b>		
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*</b>		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?***:</b> если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (ТIN):		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)?</b> если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (ТIN) для каждого государства (территории):		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ</b>		
<b>Ф.И.О.</b>		
<b>ПОЛ:</b>		
<b>ДАТА РОЖДЕНИЯ</b>		
<b>МЕСТО РОЖДЕНИЯ</b>		
<b>ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ</b> Паспорт: _____      Выдан: _____		
<b>ИНН:</b>		
<b>АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ</b>		
<b>АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ</b>		
<b>ТЕЛЕФОНЫ:</b> Мобильный: _____      Домашний: _____		
<b>АДРЕС(-А) ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:</b>		
<b>ГРАЖДАНСТВО:</b>		
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*</b>		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?***:</b> если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (ТIN):		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)?</b> если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (ТIN) для каждого государства (территории):		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

\* Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на официальном сайте Страховщика.

\*\* К налоговым резидентам США относятся: граждане США, лица, имеющие вид на жительство в США (карточка постоянного жителя США по форме I-551 «Green Card»), лица, соответствующие критериям долгосрочного пребывания на территории США, иные лица в соответствии с законодательством США. Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на официальном сайте Страховщика.

**4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СУММЫ**

3.1. Страховые риски	Страховая сумма, руб.
Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования	
Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая;	

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:** С «    »      20 Г. ПО «    »      20 Г. при условии оплаты страховой премии в соответствии с порядком, предусмотренным настоящим Договором

**СРОК СТРАХОВАНИЯ** по страховому риску «Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования»:

**НАЧАЛО:** 00:00 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса)

**ОКОНЧАНИЕ:** 23:59 даты окончания срока действия договора страхования.

**СРОК СТРАХОВАНИЯ** по страховому риску «Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая»:

**НАЧАЛО:** 00:00 XX (XX дня прописью) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса)

**ОКОНЧАНИЕ:** 23:59 <Дата окончания первого страхового года >

*Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до даты окончания срока страхования по страховому риску «Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая», не направит письменное заявление о своем намерении расторгнуть договор страхования до указанной даты, срок страхования по этому страховому риску продлевается до даты очередной страховой годовщины.*

**6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:** <сумма всех страховых взносов>

**ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ:** единовременно / в рассрочку

**ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ):**

Страховая премия должна быть оплачена в течение 5 рабочих дней с даты заключения Договора страхования (для единовременной оплаты).

Первый страховой взнос в размере \_\_\_\_\_ должен быть уплачен в течение 5 рабочих дней с даты заключения Договора страхования. Последующие страховые взносы в размере \_\_\_\_\_ должны быть уплачены не позднее <даты начисления>. (для оплаты в рассрочку).

**В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в установленный Договором страхования срок в полном объеме, Договор страхования считается не вступившим в силу/незаключенным в соответствии с п.7.9. Полисных условий.**

**Если Страхователь не оплатил очередной страховой взнос (не первый) либо оплатил в меньшем предусмотренного Договором размере, Договор страхования прекращает свое действие в соответствии с п.7.10. Полисных условий.**

**7. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО**

№	ФИО Выгодоприобретателя	Дата рождения	Родственные и/или иные отношения	Доля от страховой выплаты, %
1				
2				
3				

**8. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ /ЗАСТРАХОВАННЫХ:**

**Подписывая настоящий Договор, Страхователь и Застрахованный заявляют, что Застрахованный:**

- НЕ является инвалидом, лицом, требующим постоянного ухода; НЕ имеет нарушения опорно-двигательной системы, ограничивающие движение; НЕ страдает мышечной дистрофией, нервными расстройствами, психическими заболеваниями; НЕ употребляет наркотики, токсические вещества, НЕ страдает алкоголизмом, НЕ состоит по перечисленным причинам на диспансерном учете; НЕ является ВИЧ-инфицированным; НЕ страдает СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита).
- НЕ находится под следствием.
- НЕ страдает/страдал(а) следующими заболеваниями: нарушение зрения более 7 (семи) диоптрий, хроническая почечная недостаточность, поликистоз почек, гемофилия, сердечно-сосудистая патология (включая ишемическую болезнь сердца, аритмии (включая мерцательную аритмию), гипертонию (II-IV степени), тромбозы, эмболии, аневризмы сосудов, перенесенные инфаркты, инсульты, операции на сердце и сосудах и т.п.), хронические заболевания систем пищеварения (в том числе, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка/двенадцатиперстной кишки, цирроз печени, хронический гепатит), иммунной системы, системы кроветворения, опорно-двигательной системы, эндокринной системы (в том числе сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), злокачественные или доброкачественные опухоли, туберкулез, а также иными хроническими заболеваниями, требующими постоянных консультаций, лечения, обследований или наблюдения.
- За последние 5 (пять) лет НЕ переносил травм головы, НЕ находился на больничном листе сроком 3 (три) недели и более подряд; не переносил операции и не находился на стационарном лечении (за исключением операции по поводу исправления носовой перегородки, удаления миндалин, аппендицита, стоматологических операций).
- В настоящий момент НЕ находится под наблюдением врача, в том числе по поводу травм головы и/или их осложнений/последствий; НЕ планирует обратиться к врачу по поводу какого-либо заболевания в ближайшее время; не принимает лекарственные препараты (кроме витаминов, ОГК (для женщин), кроме единичных случаев лечения простудных заболеваний; в отношении Застрахованного не запланировано лечение/операция.
- НЕ связан с особым риском в связи с трудовой деятельностью (например: облучение, работа с химическими и взрывчатыми веществами, источниками повышенной опасности, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, инкассация, испытания, частые (более одного раза в месяц) командировки и т.п.) или хобби.
- НЕ подавал(а) заявление на страхование жизни, утраты трудоспособности (инвалидность) или от несчастных случаев, в которых Застрахованному было отказано, которые были отложены или приняты на особых условиях (с применением повышающих коэффициентов, исключений или особых условий), а также заключенных договоров страхования, которые были расторгнуты по причине невозможности заключения или существенные условия которых были изменены по результатам оценки степени риска.

- НЕ выкуривает более 30 (тридцати) сигарет в день. Разница между ростом (в см.) и весом (в кг.) Застрахованного не менее 80 и не более 120 (например, рост - 180 см, вес - 85 кг, разница составляет - 95, можно ответить ДА; рост 160 см, вес 85 кг, разница - 75 - ответ - НЕТ).

При невозможности подтверждения Декларации договор не может быть заключен.

**Подписывая настоящий Договор, Страхователь/Застрахованный заявляют следующее:**

1. Я уполномочиваю любого врача и/или любое лечебное учреждение, предоставивших Застрахованному медицинские услуги (обследования, консультации, лечение и т.д.) предоставлять по требованию страховой компании ООО «СК «Ренессанс Жизнь» копии медицинских документов (результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.) в связи со страховыми случаями по данному договору страхования, в том числе в связи с моей смертью.
2. Я подтверждаю, что на момент заключения данного договора страхования общая страховая сумма (сумма страховых сумм) по любым другим известным мне договорам страхования со Страховщиком в отношении Застрахованного по страховому риску «Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая» не превышает 1 000 000 (один миллион) рублей;

**ПОДПИСЫВАЯ НАСТОЯЩИЙ ДОГОВОР, СТРАХОВАТЕЛЬ И ЗАСТРАХОВАННЫЙ ТАКЖЕ ПОДТВЕРЖДАЮТ НАСТОЯЩУЮ ДЕКЛАРАЦИЮ И ЗАЯВЛЯЮТ:**

Сведения в Декларации Страхователя (Застрахованного) являются правдивыми. Я понимаю, что предоставление заведомо ложных и/или неполных сведений может стать основанием для непризнания Страховщиком наступившего события страховым случаем.

**9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:**

1. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи Страховщика (воспроизведенное механическим или иным способом с использованием клише) на договоре, а также приложениях и дополнительных соглашениях к нему;
2. Все письменные заявления Страхователя/Застрахованного, относящиеся к настоящему договору, а так же все приложения и дополнения к настоящему договору, являются его составной и неотъемлемой частью.
3. В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь и Застрахованный (далее – Субъекты ПДн) предоставляют ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее – Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных (далее - ПДн) (ФИО, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования (далее - Договор) или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику) в целях:

- Подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора.

- Продвижения товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путём осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, по сети Интернет, в том числе электронной почты (далее – продвижение услуг).

- Осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте Страховщика) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора, а также продвижением услуг.

Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя. Настоящее согласие дается субъектом ПДн Страховщику на срок действия Договора и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного им письменного уведомления.

4. Страхователь/Застрахованный с целью оценки страховых рисков и проверки сведений о нем в целях заключения и исполнения договора страхования дает Страховщику согласие на получение информации из кредитной истории/части кредитной истории и иной информации в любом (любых) бюро кредитных историй в соответствии со ст.6 Федерального закона от 30.12.2004 N 218-ФЗ «О кредитных историях», в бюро страховых историй, в государственных органах и иных организациях.

5. Отдельные условия Договора страхования разъяснены в Памятке по Договору накопительного страхования жизни.

6. Страховщик предоставляет информацию Страхователю посредством: смс-уведомлений, электронных сообщений, мобильного приложения, электронной почты, почтовой, телеграфной, телефонной связи, курьерской службы, Личного кабинета.

7. Информация о местах приема заявлений на страховую выплату с необходимыми документами в соответствии с Разделом 9 Полисных условий указана на Официальном сайте Страховщика.

8. Страховая выплата осуществляется путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя.

**10. В случае досрочного расторжения (прекращения действия) Договора страхования Страхователю выплачивается выкупная сумма в соответствии с Таблицей выкупных сумм.**

**ТАБЛИЦА ВЫКУПНЫХ СУММ**

ГОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	НОМЕР ПЕРИОДА	НАЧАЛО	ОКОНЧАНИЕ	ВЫКУПНАЯ СУММА, РУБ.

*- Памятка по Договору накопительного страхования жизни*

<p><b>Страхователь:</b> <i>Подписывая настоящий договор страхования, подтверждаю достоверность утверждений в вышеуказанной декларации. Полисные условия по программе страхования «Копилка», Памятку по Договору накопительного страхования жизни получил и согласен</i></p> <p>Подпись:</p> <p>■ <input data-bbox="188 562 539 696" type="text"/></p>	<p><b>Застрахованный:</b> <i>Подписывая настоящий договор страхования, подтверждаю достоверность утверждений в вышеуказанной декларации. С назначением Выгодоприобретателей согласен.</i></p> <p>Подпись:</p> <p>■ <input data-bbox="651 562 1002 696" type="text"/></p>	<p><b>Страховщик:</b> Генеральный директор ООО «СК «Ренессанс Жизнь» Киселев О.М.</p>
---	--	---