

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «Наследие 6» № _____

(заключен на основании Полисных условий по программе страхования «Наследие 6», утвержденных Приказом от 26.04.2019 № 190426-06-од, далее – Полисные условия)

г. Москва

_____ 20__ г.

1. СТРАХОВЩИК		
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»		
<Реквизиты Страховщика>		
2. СТРАХОВАТЕЛЬ		
Ф.И.О.		
ПОЛ:		
ДАТА РОЖДЕНИЯ		
МЕСТО РОЖДЕНИЯ		
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	Паспорт:	Выдан:
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ		
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ		
ТЕЛЕФОНЫ:	Мобильный:	Домашний:
АДРЕС(-А) ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:		
ГРАЖДАНСТВО:		
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?***: если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN):		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)? если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории):		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ		
Ф.И.О.		
ПОЛ:		
ДАТА РОЖДЕНИЯ		
МЕСТО РОЖДЕНИЯ		
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	Паспорт:	Выдан:
ИНН:		
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ		
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ		
ТЕЛЕФОНЫ:	Мобильный:	Домашний:
АДРЕС(-А) ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:		
ГРАЖДАНСТВО:		
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?***: если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN):		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)? если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN) 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), тромбоэмболии, 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, ОК (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.

К Договору страхования прилагаются: - Приложение №1: Полисные условия по программе страхования "Наследие 6"
- Памятка по Договору накопительного страхования жизни

Страхователь: Подписывая настоящий договор	Застрахованный: Подписывая настоящий договор	Страховщик: Должность, ФИО, документ, подтверждающий
--	--	--

<p><i>страхования, подтверждаю достоверность утверждений в вышеуказанной декларации. Полисные условия по программе страхования «Наследие 6», Памятку по Договору накопительного страхования жизни получил и согласен</i></p> <p>Подпись: _____/_____/</p>	<p><i>страхования, подтверждаю достоверность утверждений в вышеуказанной декларации. С назначением Выгодоприобретателей согласен.</i></p> <p>Подпись: _____/_____/</p>	<p>ПОЛНОМОЧИЯ</p>
---	--	-------------------