

Программа индивидуального добровольного страхования жизни заемщиков к потребительским кредитам по программам «Легкий кредит» и «Рефинансирование потребительского кредита»

ПОЛИС-ОФЕРТА № (ОБРАЗЕЦ)

Настоящий Полис-оферта выдан на основании устного заявления Страхователя и подтверждает заключение договора страхования на условиях и в соответствии с Правилами страхования заемщика кредита от несчастных случаев и болезней АО «СОГАЗ» в редакции действующей на момент заключения Полиса-оферты (далее – Правила),

Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса-оферты (далее – Полис, Договор страхования). Акцептом настоящего Полиса в соответствии со ст. 438 ГК РФ является оплата Страхователем страховой премии в соответствии с условиями настоящего Полиса. Датой заключения Договора страхования является дата акцепта настоящего Полиса Страхователем.

СТРАХОВЩИК:

АО «СОГАЗ». Адрес: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10 .

Реквизиты: ОГРН 1027739820921, ИНН 7736035485, КПП 997950001 (770801001). Телефон: +7 (495) 739-21-40.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Фамилия, Имя, Отчество	
Дата рождения	
Место рождения	
Гражданство	
Документ, удостоверяющий личность	
Адрес проживания	
Адрес регистрации	
Моб. телефон	
E-mail	

Застрахованным лицом является Страхователь.

Выгодоприобретателем является:

- по страховому случаю "Смерть в результате заболевания" (п. 3.3.1 Правил), "Смерть в результате несчастного случая" (п. 3.3.2 Правил) – наследники Застрахованного лица по закону или по завещанию (при отсутствии письменного распоряжения Застрахованного лица о назначении конкретного Выгодоприобретателя по данному риску) или иное назначенное им лицо (лица);

- по страховым случаям "Утрата трудоспособности (инвалидность) в результате заболевания" (п. 3.3.3 Правил), "Утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая" (п. 3.3.4 Правил) – Застрахованное лицо (в случае если Застрахованное лицо умерло, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты, Выгодоприобретателями будут являться его наследники по закону или по завещанию).

При наступлении страхового случая прошу перечислить страховую выплату на мой Текущий счёт для расчётов по кредитному договору, открытый в АО «Газпромбанк», если в последующем не будут предоставлены другие реквизиты.

Объект страхования	Имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также смертью Застрахованного лица, произошедшими в результате несчастного случая или болезни (заболевания).
Страховой случай	Смерть в результате заболевания (п. 3.3.1 Правил) Смерть в результате несчастного случая (п. 3.3.2 Правил) Утрата трудоспособности (инвалидность) в результате заболевания (п. 3.3.3 Правил) Утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая (п. 3.3.4 Правил) Определение заболеваний указано в Программе страхования
Срок действия договора страхования	С даты (момента) уплаты страховой премии по 24 часов 00 минут _____ (указывается дата окончания кредитного договора)
Страховая сумма	() рублей, постоянная
Страховая премия	() рублей Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно в полном объеме в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты заключения договора страхования Дата (момент) уплаты страховой премии определяется в соответствии с п. 3 ст. 16.1 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Размер и дата уплаты указывается в документе, подтверждающем уплату страховой премии.
Территория страхования	Весь мир за исключением зон военных действий
Исключения из страхового покрытия	В соответствии с Программой страхования (Приложение 2 к Полису)
Приложение (неотъемлемая часть договора страхования)	1. Правила страхования заемщика кредита от несчастных случаев и болезней АО «СОГАЗ» в редакции действующей на момент заключения Полиса-оферты. Текст Правил страхования в электронном виде размещен по адресу: https://www.sogaz.ru/sogaz/about/info/ 2. Программа страхования 3. Памятка застрахованного лица 4. Подтверждение ознакомления с информацией об условиях страхования

В силу ст. 940 ГК РФ Страхователь, принимая Полис, соглашается с предложенными Правилами и Программой страхования.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме. Полис считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от настоящего Полиса или с 24 часов 00 минут четырнадцатого календарного дня с даты заключения настоящего Полиса в зависимости от того, что произошло ранее. Возврат страховой премии осуществляется способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от Полиса, в срок, не превышающий 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от настоящего Полиса. В случае отказа Страхователя от настоящего Полиса по истечении 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, уплаченная страховая премия не подлежит возврату. Отказ Страхователя от Полиса оформляется в письменном виде.

Механическое воспроизведение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика на настоящем Полисе, а также всех приложений и дополнительных соглашений к нему признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документы типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом таких документов.

Документы, содержащие механическое воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика и изображение оттиска печати Страховщика, имеют силу, аналогичную документам, собственноручно подписанным уполномоченными лицами Страховщика и проставленным оттиском печати Страховщика.

Получая на руки настоящий Полис и оплачивая страховую премию:

1. Подтверждаю, что:

- мой возраст составляет не менее 18 лет на дату начала срока страхования и не более 65 лет на дату окончания срока страхования;
- я не являюсь инвалидом или не имею действующего направления на медико-социальную экспертизу;
- я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом и туберкулезном диспансерах;
- я не обращался за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, не являюсь носителем ВИЧ или больным СПИДом;
- я не нахожусь под следствием или в местах лишения свободы.

В случае изменения вышеуказанных сведений Страхователь обязуется сообщить об этом АО «СОГАЗ» в письменном виде в течение 5 рабочих дней со дня соответствующих изменений.

2. Выражаю свое согласие на:

- обработку своих персональных данных и информации, в том числе на сбор, систематизацию, блокирование, уничтожение персональных данных и иные действия, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях определения условий и заключения договора страхования, проведения маркетинговых исследований;
- в соответствии со статьями 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» на передачу персональных данных, сведений о себе (в т.ч. информацию о состоянии здоровья и диагнозах, составляющих врачебную тайну) АО «СОГАЗ» и его партнерам, в том числе с целью оказания информационно-консультационных услуг по планированию и организации лечения в медицинских учреждениях;
- предоставление любым врачом, больницей, поликлиникой или иной организацией, предоставляющей медицинскую помощь, страховой компании или любой другой организации, или любому лицу, владеющему любой информацией о Страхователе, предоставить эту информацию Страховщику, включая копии либо подлинники документов с указанием заболеваний или несчастных случаев, лечения, произведенных обследований и их результатов, консультаций или госпитализаций;
- получение информации обо мне в одном или в нескольких кредитных бюро с целью проверки Страховщиком предоставленной при заключении Договора существенной информации;
- получение информации об условиях настоящего Полиса, его исполнении, о новых продуктах, услугах, акциях, специальных предложениях АО «СОГАЗ».

Оплачивая страховую премию по настоящему Полису, я, Страхователь, подтверждаю, что с Правилами и Программой страхования ознакомлен и согласен, все положения Полиса, включая размер и порядок оплаты страховой премии мне понятны. Экземпляр Полиса и Программы страхования на руки получил.

Я проинформирован о том, что страхование является добровольным, договор страхования может быть заключен с любой страховой компанией, имеющей действующую лицензию на соответствующие виды страхования, по моему усмотрению и его наличие не влияет на принятие АО «Газпромбанк» решения о предоставлении мне кредита.

Я проинформирован о том, что обязательства по договору несет АО «СОГАЗ», а не организация, при посредничестве которой заключен договор.

Согласен, что в случае расхождений между Договором страхования и Правилами страхования, преимущество имеет Договор страхования.

Подпись страхователя _____