

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

(далее – НС)

ДЕТСКИЙ ВАРИАНТ

АРХ. №

АГЕНТ №

Страховой полис АСО №										Контрольная цифра																								
Место заключения договора: г.															Дата заключения договора															г.				
Настоящий страховой полис подтверждает заключение между Страхователем и Страховщиком договора добровольного страхования от несчастных случаев по продукту «ДЕТСКИЙ ВАРИАНТ» (далее – договор), на основании устного заявления Страхователя на Условиях договора добровольного страхования от несчастных случаев по продукту «ДЕТСКИЙ ВАРИАНТ» (АСО) (далее – Условия договора). По договору при условии уплаты Страхователем страховой премии в предусмотренные настоящим полисом сроки и размере при наступлении события (страхового случая), предусмотренного настоящим полисом, Страховщик обязуется осуществить страховую выплату в пределах страховой суммы, указанной в настоящем полисе, в порядке, предусмотренном Условиями договора.																																		
1. СТРАХОВЩИК					ООО «ППФ Страхование жизни», Лицензии Банка России СК №3609 от 27.01.2017 и СЛ №3609 от 27.01.2017 Телефон: (495) 785 82 00; 8 800 775 82 00 Адрес юридического лица: 108811, город Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовл. 6, строение 1. Адрес для корреспонденции: Киевское ш. 22-й км, домовладение 6, строение 1, п. Московский, а/я 2290, г. Москва, 108811																													
2. СТРАХОВАТЕЛЬ					Ф.И.О.																													
Дата рождения										г.					Пол: М ☐ Ж ☐					Номер паспорта														
Место рождения																																		
Индекс										Адрес регистрации																								
																									Телефон									
☐ Являетесь ли Вы должностным лицом публичных международных организаций, или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации (укажите должность)																																		
3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ					Ф.И.О.																													
Дата рождения										г.					Пол: М ☐ Ж ☐					Гражданство														
Место рождения																																		
Номер свидетельства о рождении/номера паспорта (если есть)																																		
Степень родства со страхователем																																		
4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ Выбор Страхователем программы страхования может быть осуществлен путем проставления знака только в одном из полей для выбора программы страхования. При проставлении отметки в более чем одном квадрате «Таблицы определения программы страхования» либо при отсутствии отметок о выборе программы страхования в «Таблице определения программы страхования» договор признается незаключенным (в связи с отсутствием соглашения по двум существенным условиям договора – о страховом случае и о страховой сумме) и уплаченная страховая премия подлежит возврату плательщику по его письменному заявлению. При несоответствии отметки о выборе программы страхования в «Таблице определения программы страхования» в экземпляре полиса Страховщика и в экземпляре полиса Страхователя преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в экземпляре полиса Страховщика.																																		
Таблица определения программы страхования																																		
Программа страхования и страховые риски, включенные в программу															Страховая сумма (рубли) *																			
															500 000					700 000					1 000 000					1 500 000				
															Страховой взнос в зависимости от страховой суммы и перечня страховых случаев за год срока страхования (рубли)																			
1					- Тяжкие телесные повреждения (перечисленные в Таблице № 2 в п. 5.6 Условий); - Телесные повреждения (перечисленные в Таблице № 1 в Приложении № 2)										☐ 3 420					☐ 4 790					☐ 6 840					☐ 10 260				
2					- Тяжкие телесные повреждения (перечисленные в Таблице № 2 в п. 5.6 Условий); - Телесные повреждения (перечисленные в Таблице № 1 в Приложении № 2) - Госпитализация в результате НС с прогрессивной выплатой										☐ 3 770					☐ 5 280					☐ 7 530					☐ 11 300				
* Страховые суммы по отдельным рискам определяются в следующем порядке: по риску «тяжкие телесные повреждения» - как 100% страховой суммы по Программе; по риску «телесные повреждения» - как 50% от страховой суммы по Программе; по риску «госпитализация в результате НС» с прогрессивной выплатой страховая сумма определяется за один день нахождения в стационаре в зависимости от срока непрерывной госпитализации: с 3 (третьего) по 30 (тридцатый) день включительно страховая сумма составляет – 0,035% от страховой суммы по Программе; с 31 (тридцать первого) по 90 (девяностый) день включительно – 0,07% от страховой суммы по Программе; с 91 (девяносто первого) по 122 (сто двадцать второй) – 0,1% от страховой суммы по Программе.																																		
Время действия страхования: 24 часа в сутки																																		
Срок действия договора страхования: 1 (один) год с даты заключения договора, в соответствии с п. 4.3 Условий по продукту «ДЕТСКИЙ ВАРИАНТ».																																		
На момент подписания полиса к нему прилагаются и являются неотъемлемой частью договора страхования: Приложение №1 Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №2 от 29.12.2017 г., Условия договора добровольного страхования от несчастных случаев по продукту «Детский Вариант» от 29.12.2017 г. Приложение №2 Таблица №1 размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Телесные повреждения» от 29.12.2017 г.																																		
Подписывая настоящий полис, Страхователь признает равную юридическую силу собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика и факсимильного изображения подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика, воспроизведенного с помощью средств электронного копирования в договоре (в том числе, настоящем полисе), приложениях, а также дополнительных соглашениях к нему, и дает согласие на его использование. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» я (Страхователь) даю согласие Страховщику на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных Страхователя, указанных в настоящем договоре страхования, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения мне иных услуг Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных». Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном полисе, может являться основанием для признания договора страхования недействительным. Все Приложения к настоящему полису мне вручены, с их положениями ознакомлен и согласен. Подтверждаю, что все сведения, указанные в полисе о Страхователе и Застрахованном лице, являются достоверными.																																		
СТРАХОВАТЕЛЬ					Ф.И.О.																													
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ																																		
															Дата					г.														
																									Месяц прописью									
Представитель Застрахованного настоящим подтверждает, что на момент заключения договора Застрахованный: 1. не является инвалидом 1-й, 2-й или 3-й групп и не имеет категорию «ребенок-инвалид»; 2. не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу; 3. не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний и/или расстройств; 4. не состоит на учете в наркологическом, психоневрологическом и/или противотуберкулезном диспансере; 5. не нуждается в постоянном уходе по состоянию здоровья; 6. не находится под следствием и не осужден к лишению свободы. Настоящим Представитель Застрахованного подтверждает согласие с назначением Выгодоприобретателя. Также Представитель Застрахованного дает разрешение любому лечебному учреждению или врачу, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, работодателю Застрахованного, предоставлять ООО «ППФ Страхование жизни» полную информацию об обстоятельствах страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении Застрахованного. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Представитель Застрахованного дает согласие Страховщику на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных Застрахованного, указанных в настоящем договоре страхования, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения мне иных услуг Страховщика. Кроме того, Представитель Застрахованного дает согласие на обработку персональных данных Застрахованного третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных». Застрахованный осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном полисе, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.																																		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ					Ф.И.О. ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО																													
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО																																		
															Дата					г.														
																									Месяц прописью									
СТРАХОВЩИК					Ф.И.О. Представителя страховщика																													
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА																																		
															Дата					г.														
																									Месяц прописью									
ДОВЕРЕННОСТЬ №																																		
г.																																		
Месяц прописью																																		
НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (Ф.И.О. АГЕНТА)																																		
АГЕНТСТВО №																									ЭКЗЕМПЛЯР СТРАХОВАТЕЛЯ									

