

ПОЛИС "Финансовый резерв" (версия 2.0) № FRVTB350-62500060981280 от 30.06.2020
Программа "Оптима"

Настоящий Полис выдан на основании устного заявления Страхователя и подтверждает заключение договора страхования на условиях и в соответствии с Правилами общего добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила) в редакции от 01.08.2019 размещенными на сайте Страховщика по адресу https://www.sogaz.ru/upload/iblock/e37/165_pravila-obshchego-dobrovolnogo-strakhovaniya-ot-neschastnykh-sluchaev-i-bolezney-01.08.2019.pdf и Условиями страхования по страховому продукту "Финансовый резерв" (версия 2.0) (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью настоящего Полиса.

СТРАХОВЩИК: АО "СОГАЗ", Российская Федерация, Москва, Проспект Академика Сахарова, д. 10, телефон: (495) 739-21-40.
Банковские реквизиты: ИНН: 7736035485, КПП: 997950001 (770801001), БИК Банка 044525823, к/с 30101810700000000187 в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России, р/с 40701810403800000172 в Банк ВТБ (ПАО) г. Москва, БИК 044525187

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Фамилия, Имя, Отчество			
Пол	М	Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата и место выдачи, код подразделения)			
Адрес			
Телефон (моб.)		Телефон (дом.)	
ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)	
e-mail			
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:		Страхователь	
ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ:		Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица – его наследники	

Страховые риски	Страховая сумма, рублей	Страховая премия, рублей
Основной риск	2,356,268.00	79,170.60
1. "Смерть в результате несчастного случая или болезни" (далее – НС и Б) (п. 4.2.1 Условий)		
Дополнительные риски		277,097.40
2. "Инвалидность в результате НС и Б" (п. 4.4.2 Условий)		
3. "Травма" (п. 4.2.6 Условий)		
4. "Госпитализация в результате НС и Б" (п. 4.2.4 Условий)		
Общая страховая премия, рублей		356,268.00

Срок действия Полиса:	Вступает в силу в момент уплаты страховой премии и действует по 24 часа 00 минут <u>30.06.2027</u> г.
Срок действия страхования:	Страхование, обусловленное настоящим Полисом, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут 01.07.2020 г. дня, следующего за днем уплаты страховой премии, и действует до окончания срока действия Полиса с учетом условий, предусмотренных п. 4.3. Условий
Порядок уплаты страховой премии:	Единовременно, при заключении Полиса. Дата (момент) уплаты страховой премии определяется в соответствии с п. 5.6. Условий
Приложения (неотъемлемая часть настоящего Полиса):	Приложение № 1 – Правила общего добровольного страхования от несчастных случаев и болезней в редакции 01.08.2019, размещенные на сайте Страховщика по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/e37/165_pravila-obshchego-dobrovolnogo-strakhovaniya-ot-neschastnykh-sluchaev-i-bolezney-01.08.2019.pdf . Приложение № 2 – Условия страхования по страховому продукту "Финансовый резерв" (версия 2.0). Также ознакомиться с Правилами можно в любом офисе филиала АО "СОГАЗ". Адреса и телефоны филиалов указаны на сайте Страховщика: https://www.sogaz.ru/sogaz/about/branches .

СТРАХОВЩИК:
В соответствии со статьей 160 ГК РФ Страхователь и Страховщик достигли соглашения о том, что факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования на настоящем Полисе признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригинала печати Страховщика. Директор Дирекции по розничному банкострахованию Иванников Д.И., действующий на основании доверенности № 920/19 от 26.07.2019



1. Настоящий Полис заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Акцептом Полиса в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем страховой премии, в размере и срок, установленный настоящим Полисом.

2. Уплачивая страховую премию (акцепт Полиса), я, **Страхователь (Застрахованное лицо):**

2.1. **Выражаю** свое безоговорочное согласие заключить договор на предложенных Страховщиком условиях Страхования, изложенных в настоящем Полисе, подтверждаю принятие настоящего Полиса, подтверждаю, что ознакомлен с Правилами (Приложение № 1 к настоящему Полису), и Условиями страхования (Приложение № 2 к настоящему Полису), получил их и обязуюсь выполнять, получил и ознакомлен с Памяткой по Полису "Финансовый резерв" (версия 2.0), являющейся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

2.2. **Подтверждаю, что:**

- мой возраст на дату начала срока действия договора страхования составляет не менее 18 полных лет и не более 80 полных лет;
- мой возраст на дату окончания срока действия договора страхования будет составлять не более 80 полных лет;
- не состою на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансере;
- не являюсь инвалидом и не подавал документы на установление группы инвалидности;

Настоящим АО "СОГАЗ" (Страховщик) уведомляет получателя настоящей Памятки о нижеследующем.

Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя, которое может быть подано представителю Страховщика. Страхование является добровольным. Заключение договора страхования не является необходимым условием выдачи кредита Банком.

Для заключения договора страхования необходимо предоставить следующие сведения:

- Ф.И.О. и дата рождения;
- Адрес, телефон, e-mail;
- Сведения документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата и место выдачи, код подразделения);
- ИНН и СНИЛС (при наличии);

Документы, с которыми необходимо ознакомиться при заключении договора:

- Полис "Финансовый резерв" (версия 2.0) (далее – Полис);
- Условия страхования по страховому продукту "Финансовый резерв" (версия 2.0) (далее – Условия страхования);
- Правила общего добровольного страхования от несчастных случаев и болезней в редакции от "01" августа 2019.

Обязательства по Полису несет Страховщик, а не организация, при посредничестве которой оформлен Полис

Выгодоприобретателем по Полису является Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица – его наследники. Полис носит долгосрочный характер, Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно в полном объеме при заключении Полиса.

Полис выдается после полной уплаты страховой премии. Дата уплаты определяется в соответствии с п. 5.6. Условий страхования. Объекты страхования, страховые случаи (риски), исключения из страхования,

основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты и отказа в страховой выплате указаны в Условиях страхования: Раздел 3 "Объекты страхования", Раздел 4 "Страховой риск. Страховой случай", Раздел 4, п. 4.5.-4.11. "Исключения из страхования, освобождение от страховой выплаты, отказ в страховой выплате".

Франшиза по Полису не применяется.

Обстоятельства, влияющие на размер страховой премии: страховая сумма и срок страхования.

Действия при наступлении страхового случая:

При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователю (Выгодоприобретателю) необходимо в сроки, установленные Условиями страхования, **обратиться в ближайший офис Банка ВТБ (ПАО)** (далее – Банк).

Предоставить указанные в Условиях страхования документы. **При наличии вопросов, связанных с наступлением события, имеющего признаки страхового случая/предоставляемыми документами, Страхователь (Выгодоприобретатель) может обратиться в контакт-центр Банка по телефону 8-800-100-24-24.**

Порядок осуществления страховой выплаты и перечень документов, предоставляемых при наступлении события, имеющего признаки страхового случая – в соответствии с разделами 9 и 10 Условий страхования.

Срок рассмотрения документов на страховую выплату указан в п. 10.4. Условий страхования.

ВНИМАНИЕ!

1. При отказе Страхователя от Полиса в течение 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страхователю уплаченной страховой премии производится в полном объеме. Полис считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса или с 00 часов 00 минут даты начала действия страхования в зависимости от того, что произошло ранее. Если заявление направляется по почте, датой направления письменного заявления считается дата, указанная на почтовом штемпеле организации почтовой связи по месту отправления данного заявления. 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 Полиса.

Заявление об отказе от Полиса подается или направляется Страховщику или его уполномоченному представителю в письменной форме. Для получения информации об адресах офисов уполномоченного представителя Страховщика Вы можете обратиться по телефону **8-800-100-24-24**.

2. Действие Полиса прекращается, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица по причинам, не относящимся к страховым случаям. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Оставшаяся часть уплаченной страховой премии подлежит возврату.

3. В иных случаях при досрочном расторжении Полиса (кроме случаев, указанных в пунктах 1 и 2 настоящей Памятки), уплаченная страховая премия не подлежит возврату. В том числе, не подлежит возврату уплаченная страховая премия при досрочном отказе Страхователя от Полиса по истечении 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения.

Также информируем о том, что:

Налогообложение страховой выплаты или возврата страховой премии при досрочном прекращении договора страхования осуществляется в соответствии со ст. 213 главы 23 Налогового Кодекса Российской Федерации.

Страхователь имеет право запросить в письменной форме у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, если договор страхования заключается при посредничестве страхового агента/брокера.

ПОЛИС "Финансовый резерв" (версия 2.0) № FRVTB350-62500060981280 от 30.06.2020
Программа "Оптима"

Настоящий Полис выдан на основании устного заявления Страхователя и подтверждает заключение договора страхования на условиях и в соответствии с Правилами общего добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила) в редакции от 01.08.2019 размещенными на сайте Страховщика по адресу https://www.sogaz.ru/upload/iblock/e37/165_pravila-obshchego-dobrovolnogo-strakhovaniya-ot-neschastnykh-sluchaev-i-bolezney-01.08.2019.pdf и Условиями страхования по страховому продукту "Финансовый резерв" (версия 2.0) (далее – Условия страхования), являющимися неотъемлемой частью настоящего Полиса.

СТРАХОВЩИК: АО "СОГАЗ", Российская Федерация, Москва, Проспект Академика Сахарова, д. 10, телефон: (495) 739-21-40.

Банковские реквизиты: ИНН: 7736035485, КПП: 997950001 (770801001), БИК Банка 044525823, к/с 30101810700000000187 в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России, р/с 40701810403800000172 в Банк ВТБ (ПАО) г. Москва, БИК 044525187

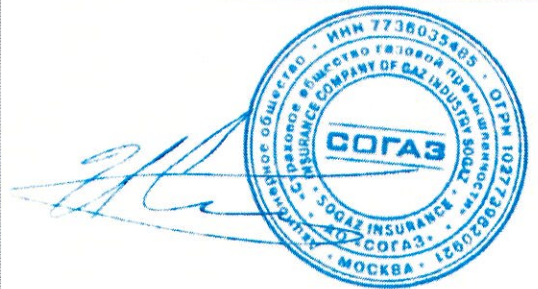
СТРАХОВАТЕЛЬ:

Фамилия, Имя, Отчество			
Пол	М	Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата и место выдачи, код подразделения)			
Адрес			
Телефон (моб.)		Телефон (дом.)	
ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)	
e-mail			
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:		Страхователь	
ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ:		Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица – его наследники	

Страховые риски	Страховая сумма, рублей	Страховая премия, рублей
Основной риск	2,356,268.00	79,170.60
1. "Смерть в результате несчастного случая или болезни" (далее – НС и Б) (п. 4.2.1 Условий)		
Дополнительные риски		277,097.40
2. "Инвалидность в результате НС и Б" (п. 4.4.2 Условий)		
3. "Травма" (п. 4.2.6 Условий)		
4. "Госпитализация в результате НС и Б" (п. 4.2.4 Условий)		
Общая страховая премия, рублей		356,268.00

Срок действия Полиса:	Вступает в силу в момент уплаты страховой премии и действует по 24 часа 00 минут 30.06.2027 г.
Срок действия страхования:	Страхование, обусловленное настоящим Полисом, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут 01.07.2020 г. дня, следующего за днем уплаты страховой премии, и действует до окончания срока действия Полиса с учетом условий, предусмотренных п. 4.3. Условий
Порядок уплаты страховой премии:	Единовременно, при заключении Полиса. Дата (момент) уплаты страховой премии определяется в соответствии с п. 5.6. Условий
Приложения (неотъемлемая часть настоящего Полиса):	Приложение № 1 – Правила общего добровольного страхования от несчастных случаев и болезней в редакции 01.08.2019, размещенные на сайте Страховщика по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/iblock/e37/165_pravila-obshchego-dobrovolnogo-strakhovaniya-ot-neschastnykh-sluchaev-i-bolezney-01.08.2019.pdf . Приложение № 2 – Условия страхования по страховому продукту "Финансовый резерв" (версия 2.0). Также ознакомиться с Правилами можно в любом офисе филиала АО "СОГАЗ". Адреса и телефоны филиалов указаны на сайте Страховщика: https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials .

СТРАХОВЩИК:
В соответствии со статьей 160 ГК РФ Страхователь и Страховщик достигли соглашения о том, что факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования на настоящем Полисе признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригинала печати Страховщика. Директор Дирекции по розничному банкострахованию Иванников Д.И., действующий на основании доверенности № 920/19 от 26.07.2019



1. Настоящий Полис заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Акцептом Полиса в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем страховой премии, в размере и срок, установленный настоящим Полисом.

2. Уплачивая страховую премию (акцепт Полиса), я, **Страхователь (Застрахованное лицо):**

2.1. **Выражаю** свое безоговорочное согласие заключить договор на предложенных Страховщиком условиях Страхования, изложенных в настоящем Полисе, подтверждаю принятие настоящего Полиса, подтверждаю, что ознакомлен с Правилами (Приложение № 1 к настоящему Полису), и Условиями страхования (Приложение № 2 к настоящему Полису), получил их и обязуюсь выполнять, получил и ознакомлен с Памяткой по Полису "Финансовый резерв" (версия 2.0), являющейся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

2.2. **Подтверждаю, что:**

- мой возраст на дату начала срока действия договора страхования составляет не менее 18 полных лет и не более 80 полных лет;
- мой возраст на дату окончания срока действия договора страхования будет составлять не более 80 полных лет;
- не состою на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансере;
- не являюсь инвалидом и не подавал документы на установление группы инвалидности;
- не страдаю онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, заболеваниями, вызванными воздействием радиации, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а именно, перенесенные в прошлом (до даты заключения договора страхования): инфаркт миокарда (включая установление диагноза ишемическая болезнь сердца), инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт головного мозга, атеросклероз сосудов головного

- не страдаю онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, заболеваниями, вызванными воздействием радиации, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а именно, перенесенные в прошлом (до даты заключения договора страхования): инфаркт миокарда (включая установление диагноза ишемическая болезнь сердца), инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт головного мозга, атеросклероз сосудов головного мозга;

- не осведомлен о том, что на дату заключения Договора страхования являюсь носителем ВИЧ-инфекции и не имею иных заболеваний, связанных с вирусом иммунодефицита человека;

- не находился в течение последних 6 (шести) месяцев на стационарном лечении по поводу вышеуказанных заболеваний.

Я понимаю и согласен (-а) с тем, что, если после заключения настоящего Полиса по программе страхования будет установлено, что Страховщик вправе потребовать признания договора страхования (Полиса) недействительным и применить последствия, предусмотренные ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

2.3. Подтверждаю, что я, мой супруг (-а), близкие родственники (родители, дети, дедушки, бабушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) не занимают должности, указанные в подп. 1. п. 1. статьи 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ (ред. от 23.04.2018) "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" (иностранное публичное должностное лицо, должность в международной публичной организации, государственная должность РФ, должность члена Совета Директоров Центрального банка РФ, должность Федеральной государственной службы, назначение/освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом РФ).

При изменении сведений, указанных в п.п. 2.2. – 2.3. настоящего Полиса, обязуюсь сообщить об этом в АО "СОГАЗ" в течение 5 (Пяти) рабочих дней со дня наступления соответствующих изменений.

3. Я, Страхователь (Застрахованное лицо), заключая и оплачивая Полис, даю свое согласие:

- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" на автоматизированную и неавтоматизированную обработку своих персональных данных (фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; паспортные данные (или данные иного документа, удостоверяющего личность): серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ; адрес места регистрации и адрес для уведомлений; номер телефона; другие персональные данные, указанные в настоящем Полисе, а также в заявлении на страховую выплату и других предоставленных мною документах) в целях исполнения настоящего Полиса; сбора и анализа статистических данных. Перечень действий с персональными данными, в отношении которых Страхователем дано согласие, включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передачу персональных данных в сторонние организации, в том числе, в другие страховые (перестраховочные) организации при осуществлении перестрахования (в том числе на трансграничную передачу); в организации, осуществляющие проверку деятельности Страховщика в соответствии с действующим законодательством; в соответствующие организации и компетентные органы при урегулировании убытков; кредитор/займодавцу (залогодержателю);

- руководствуясь ч. 3 ст. 13 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", выражаю свое согласие любому врачу, медицинскому учреждению, лаборатории, любой организации, индивидуальному предпринимателю, государственному органу, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фонду социального страхования, бюро медико-социальной экспертизы, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять в АО "СОГАЗ" (ИНН7736035485, ОГРН 1027739820921) по его запросу сведения, составляющие врачебную тайну (в том числе после моей смерти), а именно: полную информацию о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные составляющие врачебную тайну сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, а также медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих вышеуказанные сведения;

- на получение информации обо мне в одном или в нескольких кредитных бюро с целью проверки Страховщиком представленной при заключении договора существенной информации.

Согласие действует на период настоящего Полиса, и на протяжении 5 лет после его прекращения и может быть отозвано мною посредством направления в адрес АО "СОГАЗ" письменного уведомления.

3.1. Выражаю свое согласие на бесплатное получение от АО "СОГАЗ" информации о новых продуктах, услугах, акциях, специальных предложениях АО "СОГАЗ", страховых услугах организаций, входящих в Страховую группу АО "СОГАЗ". Данное согласие действует с даты подписания и до истечения срока действия настоящего Полиса. Отзыв согласия осуществляется путем устного или письменного обращения в структурное подразделение АО "СОГАЗ".

4. Уведомлен, что при повторном установлении мне группы инвалидности либо при смене группы инвалидности в период действия договора страхования по тем же заболеваниям, по которым была установлена группа инвалидности до заключения договора страхования, Страховщик вправе применить исключение, предусмотренное п. 4.8. Условий.

5. Подтверждаю, что до заключения договора страхования был ознакомлен с Памяткой по Полису "Финансовый резерв" (версия 2.0), в которой разъяснены отдельные условия настоящего Полиса и которая является его неотъемлемой частью. Памятка получена Страхователем.

6. Уведомления, извещения и другая информация направляются Страховщиком по почте в адрес Страхователя, указанный в настоящем Полисе.

7. При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователю (Выгодоприобретателю) необходимо в сроки, установленные Условиями страхования, обратиться в ближайший офис Банка ВТБ (ПАО) (далее – Банк) и предоставить указанные в Условиях страхования документы. При наличии вопросов, связанных с наступлением события, имеющего признаки страхового случая/предоставляемыми документами, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) может обратиться в контакт-центр Банка по телефону 8-800-100-24-24.

8. Страховая выплата производится путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты или иным способом по согласованию с получателем страховой выплаты.

Заявление на перечисление страховой премии

Прошу перечислить денежные средства с моего счета №40817810413044002133, открытого в Банке ВТБ (ПАО) (190000, г. Санкт-Петербург, ул. Большая Морская, д. 29) в счет оплаты страховой премии по Полису № FRVTB350-62500060981280 от 30.06.2020 в нижеуказанной сумме в соответствии со следующими платежными реквизитами:

Сумма 356268-00 (триста пятьдесят шесть тысяч двести шестьдесят восемь рублей 00 копеек)

Получатель (Страховая компания) АО «СОГАЗ»

Расчетный счет № 40701810500000000052

ИНН 7736035485

Наименование банка получателя ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России

Корреспондентский счет № 30101810200000000823

БИК 044525823

_____ (подпись Клиента)

Дата _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

Отметки Банка:

_____ (ФИО работника Банка)

_____ (подпись)

_____ Дата

В АО «СОГАЗ»

Тел.: (495) 739-21-40

от Страхователя / Застрахованного / Выгодоприобретателя (нужное подчеркнуть):

ФИО (полностью): _____

Телефон: _____

Договор страхования № FRVTB350-62500060981280 от 30.06.2020

ЗАЯВЛЕНИЕ

Страховую выплату прошу перечислить в безналичном порядке по следующим реквизитам:

Наименование Банка	<input type="text" value="Банк ВТБ (публичное акционерное общество)"/>
ИНН	<input type="text"/>
БИК	<input type="text"/>
КПП	<input type="text"/>
Корреспондентский счет	<input type="text"/>
Расчетный счет	<input type="text" value="40817810413044002133"/>

СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ / ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (нужное подчеркнуть):

_____ (подпись)

«__» _____ 20__ г.

мозга;
- не осведомлен о том, что на дату заключения Договора страхования являюсь носителем ВИЧ-инфекции и не имею иных заболеваний, связанных с вирусом иммунодефицита человека;

- не находился в течение последних 6 (шести) месяцев на стационарном лечении по поводу вышеуказанных заболеваний.

Я понимаю и согласен (-а) с тем, что, если после заключения настоящего Полиса по программе страхования будет установлено, что Страховщику сообщены заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования (Полиса) недействительным и применить последствия, предусмотренные ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

2.3. Подтверждаю, что я, мой супруг (-а), близкие родственники (родители, дети, дедушки, бабушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) не занимают должности, указанные в подп. 1. п. 1. статьи 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ (ред. от 23.04.2018) "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" (иностранное публичное должностное лицо, должность в международной публичной организации, государственная должность РФ, должность члена Совета Директоров Центрального банка РФ, должность Федеральной государственной службы, назначение/освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом РФ).

При изменении сведений, указанных в п.п. 2.2. – 2.3. настоящего Полиса, обязуюсь сообщить об этом в АО "СОГАЗ" в течение 5 (Пяти) рабочих дней со дня наступления соответствующих изменений.

3. Я, Страхователь (Застрахованное лицо), заключая и оплачивая Полис, даю свое согласие:

- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" на автоматизированную и неавтоматизированную обработку своих персональных данных (фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; паспортные данные (или данные иного документа, удостоверяющего личность): серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ; адрес места регистрации и адрес для уведомлений; номер телефона; другие персональные данные, указанные в настоящем Полисе, а также в заявлении на страховую выплату и других предоставленных мною документах) в целях исполнения настоящего Полиса; сбора и анализа статистических данных. Перечень действий с персональными данными, в отношении которых Страхователем дано согласие, включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передачу персональных данных в сторонние организации, в том числе, в другие страховые (перестраховочные) организации при осуществлении перестрахования (в том числе на трансграничную передачу); в организации, осуществляющие проверку деятельности Страховщика в соответствии с действующим законодательством; в соответствующие организации и компетентные органы при урегулировании убытков; кредитор/займодавцу (залогодержателю);

- руководствуясь ч. 3 ст. 13 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", выражаю свое согласие любому врачу, медицинскому учреждению, лаборатории, любой организации, индивидуальному предпринимателю, государственному органу, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фонду социального страхования, бюро медико-социальной экспертизы, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять в АО "СОГАЗ" (ИНН7736035485, ОГРН 1027739820921) по его запросу сведения, составляющие врачебную тайну (в том числе после моей смерти), а именно: полную информацию о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные составляющие врачебную тайну сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, а также медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих вышеуказанные сведения;

- на получение информации обо мне в одном или в нескольких кредитных бюро с целью проверки Страховщиком представленной при заключении договора существенной информации.

Согласие действует на период настоящего Полиса, и на протяжении 5 лет после его прекращения и может быть отозвано мною посредством направления в адрес АО "СОГАЗ" письменного уведомления.

3.1. Выражаю свое согласие на бесплатное получение от АО "СОГАЗ" информации о новых продуктах, услугах, акциях, специальных предложениях АО "СОГАЗ", страховых услугах организаций, входящих в Страховую группу АО "СОГАЗ". Данное согласие действует с даты подписания и до истечения срока действия настоящего Полиса. Отзыв согласия осуществляется путем устного или письменного обращения в структурное подразделение АО "СОГАЗ".

4. Уведомлен, что при повторном установлении мне группы инвалидности либо при смене группы инвалидности в период действия договора страхования по тем же заболеваниям, по которым была установлена группа инвалидности до заключения договора страхования, Страховщик вправе применить исключение, предусмотренное п. 4.8. Условий.

5. Подтверждаю, что до заключения договора страхования был ознакомлен с Памяткой по Полису "Финансовый резерв" (версия 2.0), в которой разъяснены отдельные условия настоящего Полиса и которая является его неотъемлемой частью. Памятка получена Страхователем.

6. Уведомления, извещения и другая информация направляются Страховщиком по почте в адрес Страхователя, указанный в настоящем Полисе.

7. При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователю (Выгодоприобретателю) необходимо в сроки, установленные Условиями страхования, обратиться в ближайший офис Банка ВТБ (ПАО) (далее – Банк) и предоставить указанные в Условиях страхования документы. При наличии вопросов, связанных с наступлением события, имеющего признаки страхового случая/предоставляемыми документами, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) может обратиться в контакт-центр Банка по телефону 8-800-100-24-24.

8. Страховая выплата производится путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты или иным способом по согласованию с получателем страховой выплаты.

