

УТВЕРЖДЕНО

Приказом
Генерального директора
ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ
Страхование Жизни»
№ SGSZh-Or-2018-0036/1 от 03 сентября 2018 года
Арно Бриэр де ла Оссерэ

(Первоначальная редакция утверждена
Приказом № SGSZh-Or-2018-0009/1 от 04 июня 2018 года)

П Р А В И Л А
накопительного страхования жизни

г. Москва

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ | 3 |
| 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ | 5 |
| 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ | 5 |
| 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ | 5 |
| 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ | 6 |
| 6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. | 7 |
| 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ..... | 9 |
| 8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ВЗАИМОРАСЧЕТЫ СТОРОН | 10 |
| 9. ВЫКУПНАЯ СУММА | 12 |
| 10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА | 12 |
| 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН..... | 13 |
| 12. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ..... | 15 |
| 13. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ | 16 |
| 14. ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ДОХОД..... | 19 |
| 15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ..... | 19 |
| 16. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ | 20 |

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. На основании Правил накопительного страхования жизни (далее – «Правила») и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», сокращенное наименование ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее - «Страховщик») заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами (далее - «Страхователи») договоры страхования.
- 1.2. В случае спорных ситуаций положения договора страхования имеют приоритетную силу по отношению к Правилам.
- 1.3. Основные термины, используемые в Правилах:

Болезнь – впервые выявленное (диагностированное) квалифицированным врачом на основании объективных симптомов любое нарушение нормальной жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем, приведшее к временной или постоянной нетрудоспособности либо смерти застрахованного лица.

Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, названное в Договоре страхования, в пользу которого заключен Договор страхования и которому, в случае наступления Страхового случая, Страховщиком производится Страховая выплата.

Выкупная сумма – денежная сумма, определенная договором страхования, выплачиваемая Страхователю или его наследникам при досрочном прекращении действия Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами и/или Договором страхования, в том числе в случае смерти Застрахованного лица, не являющейся страховым случаем.

Договор страхования – соглашение между Страховщиком и Страхователем, по условиям которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) в случае наступления предусмотренного Договором страхования страхового случая, произвести страховую выплату.

Дорожно-транспортное происшествие – событие, внезапно возникшее в процессе движения транспортного средства по дороге и с его участием (наезд, опрокидывание, столкновение и т. д.)

Застрахованное лицо - физическое лицо, чьи имущественные интересы являются объектом страхования, и в отношении которого производится страхование жизни и здоровья.

Инвалидность – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, в результате Несчастливого случая и (или) Болезни, произошедшего в период действия Договора страхования, повлекшее необходимость социальной защиты, и выраженное в установлении органом медико-социальной экспертизы соответствующей группы (I, II, III) инвалидности в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности.

Инвестиционный доход – денежная сумма, рассчитанная по утвержденной Страховщиком методике и выплачиваемая в порядке и случаях установленных Правилами.

Льготный период – период времени, установленный в Договоре страхования, в пределах которого Страхователю предоставляется отсрочка уплаты страховой премии (очередного страхового взноса).

Медицинский андеррайтинг – совокупность методов и действий по оценке страхового риска и его факторов, характеризующих застрахованное лицо с точки зрения его состояния здоровья, возраста, подверженности рискам заболеваний и смерти, для оценки возможности заключения с ним Договора страхования и расчета страхового тарифа и страховой премии.

Медицинское учреждение - имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения,

научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, получившие лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном порядке, или иной установленный соответствующим законодательством документ, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Несчастный случай – внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием Болезни или врачебных манипуляций и произошедшее в течение Срока страхования независимо от воли Застрахованного лица/Страхователя и/или Выгодоприобретателя. Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), анафилактический шок.

Свободный период – период времени, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования с возвратом уплаченной Страховой премии в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Устанавливается в Договоре страхования и составляет не менее 14 календарных дней.

Смерть – полное прекращение всех физиологических функций организма Застрахованного лица, поддерживающих его жизнедеятельность, наступившее по любой причине в течение Срока страхования.

Срок страхования – период времени, при реализации Страхового риска в течение которого и при последующем признании события Страховым случаем в соответствии с условиями Договора страхования, у Страховщика возникает обязанность осуществить Страховую выплату.

Страхование в эквиваленте – установление страховой суммы в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте.

Страховая выплата – денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю в соответствии с условиями Договора страхования при наступлении страхового случая.

Страховая премия – определенная Договором страхования денежная сумма, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены Договором страхования. Выплачивается единовременно или определенными Договором страхования частями (далее «Страховыми взносами»).

Страховая сумма - сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату.

Страховой риск - предполагаемое событие, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления, которого осуществляется страхование.

Страховой случай – совершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, подтвержденное соответствующими документами, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить Страховую выплату.

Страховой тариф – ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1.4. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки на территории всего мира.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Страхователем является физическое лицо, осуществившее страхование себя (в этом случае оно является Застрахованным лицом) и/или осуществившее страхование других граждан.
- 2.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования заключается без предварительного медицинского обследования потенциальных Застрахованных лиц. Однако Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае или при заключении отдельных Договоров страхования перед заключением Договора страхования, или при изменении условий Договора страхования потребовать подписания медицинской декларации, проведения медицинского анкетирования или проведения предварительного медицинского обследования, по результатам которых Страховщик вправе рассмотреть вопрос о принятии конкретного лица на страхование и/или принимать индивидуальные андеррайтерские решения, влекущие применение поправочных коэффициентов и/или изменения перечня индивидуальных условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам. Медицинское обследование проводится, как правило, за счет Страховщика. Однако Договором страхования может быть также предусмотрена возможность несения Страхователем расходов по проведению медицинского обследования Застрахованных лиц в какой-то части или в полном объеме.
- 2.3. Выгодоприобретатель назначается с письменного согласия Застрахованного лица.
- 2.4. Замена Выгодоприобретателя по Договору страхования регулируется и осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с дожитием Застрахованного лица до срока, установленного Договором страхования, со смертью Застрахованного лица и/или с причинением вреда его жизни или здоровью.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

- 4.1. По Договору страхования могут предусматриваться Страховые выплаты при наступлении Страхового случая по любому (-ым) из следующих Страховых рисков:
- 4.1.1. дожитие Застрахованного лица до окончания Срока страхования;
 - 4.1.2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение Срока страхования (за исключением случаев, указанных в разделе 5 Правил);
 - 4.1.3. установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы Инвалидности по любой причине в течение Срока страхования по данному риску (за исключением случаев, указанных в разделе 5 Правил);
 - 4.1.4. Смерть Застрахованного лица, наступившая в результате несчастного случая в течение срока страхования (за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил);
 - 4.1.5. Смерть Застрахованного лица, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия в течение срока страхования (за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил).
- 4.2. Перечень Страховых рисков устанавливается в Договоре страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Не признаются Страховыми случаями события, указанные в п. 4.1.2 - 4.1.5 Правил, наступившие при следующих обстоятельствах:

- 5.1.1. при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, при исполнении приговора о смертной казни и/или во время пребывания в местах лишения свободы;
- 5.1.2. в результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицом лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством;
- 5.1.3. в результате заболевания, которое Застрахованное лицо имело на момент заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг или если Застрахованное лицо (Страхователь) намеренно дезинформировало Страховщика о наличии таких заболеваний при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга;
- 5.1.4. если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного лица;
- 5.1.5. при наличии алкоголя, наркотических, психотропных или иных токсических веществ в организме Застрахованного лица и/или в выдыхаемом воздухе в момент страхового случая, или если наступление события было прямо или косвенно вызвано употреблением (или заболеванием, связанным с употреблением) Застрахованным лицом алкоголя, наркотических, психотропных или иных токсических веществ, даже при отсутствии таких веществ в организме Застрахованного лица/выдыхаемом воздухе в момент наступления Страхового случая;

Данное исключение не применяется, если страховой случай наступил в результате авиационной или железнодорожной аварии (катастрофы) или дорожно-транспортного происшествия, если во время дорожно-транспортного происшествия Застрахованное лицо являлось пассажиром такси, автобуса, трамвая, троллейбуса, или иного общественного транспорта.

- 5.1.6. в результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного лица на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения;
- 5.1.7. При профессиональных занятиях Застрахованным лицом спортом, занятиях любым видом спорта на систематической основе, направленных на достижение спортивных результатов; во время участия в соревнованиях, гонках, а также занятиях следующими видами спорта/увлечениями (вне зависимости от уровня): катание на горных лыжах и сноубордах вне оборудованных трасс, хели-ски, катание в сноу-парках, бобслей, глубоководные погружения (более 40 метров), фри(скин)-дайвинг, клиф, рек и хай-дайвинг, погружение в пещеры или на затонувшие объекты, технический дайвинг, подледный дайвинг, кормление акул, погружение в клетках; скалолазание, альпинизм, треккинг на высоте свыше 3 тыс. метров над уровнем моря, ски-альпинизм; авто- и мотоспорт, паркур, бейсджампинг, маунтинбайк и иные травмоопасные разновидности велоспорта; серфинг, бодисерфинг, вейксерфинг, водные лыжи и вейкбординг с выполнением трюков и акробатических элементов; фристайл, рафтинг (3 категория сложности и выше); ледолазание, одиночный и групповой пещерный спуск, каньонинг, спелеология, триал, триатлон; параглайдинг, авиаспорт (самолётный, планерный, парашютный), роупджампинг, скайсерфинг, спидрайдинг, скайдайвинг, параскай и другие

виды воздушного спорта; все виды охоты, лошадиная охота, конкур, поло, лошадиные бега, жоккейство, конные состязания любого рода, бокс, контактные боевые единоборства и прочие виды экстремального спорта, не указанные выше.

5.1.8. в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, включая, но не ограничиваясь: служба в вооруженных силах; МЧС; работа с радиоактивными, взрывчатыми, химическими веществами (в том числе Асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации; посещением зон вооруженных конфликтов.

5.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты при наступлении Страхового случая в результате следующих событий:

5.2.1. совершения Застрахованным лицом (Страхователем или Выгодоприобретателем) умышленных действий, повлекших наступление Страхового случая.

Страховщик не освобождается от Страховой выплаты, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал не менее двух лет;

5.2.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.2.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

5.2.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

5.2.5. террористического акта.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

6.1. Страховая сумма определяется по соглашению сторон в Договоре страхования и устанавливается по каждому риску отдельно и/или по всем рискам одновременно, а также в отношении всех Застрахованных лиц или для каждого Застрахованного лица отдельно.

Договор страхования может предусматривать лимиты ответственности Страховщика по каждому/отдельным Страховому/-ым случаю/-ям, по любому/всем Страховому/-ым риску/-ам и др. В частности, соглашением сторон может быть предусмотрено установление лимитов ответственности Страховщика по Страховым случаям, наступившим в результате болезни или наступившим в результате несчастного случая. Страховая выплата не может превышать лимит ответственности, предусмотренный Договором страхования.

6.2. По соглашению Сторон страховая сумма по одному или нескольким страховым рискам может быть увеличена или уменьшена, при этом происходит перерасчет страховой премии. Изменение страховой суммы может осуществляться только в страховую годовщину и оформляется путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования на основании письменного заявления Страхователя. При этом заявление от Страхователя должно быть получено Страховщиком не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты внесения предполагаемых изменений.

6.3. В отношении изменения страховой суммы действуют следующие условия и ограничения:

6.3.1. изменение страховой суммы невозможно для договоров с единовременной уплатой страховой премии;

6.3.2. изменение размера страховой суммы допускается со второй страховой годовщины.

Если Страховщик согласен с изменением страховой суммы, пересчет страховых взносов, страховых и выкупных сумм, а также прочих связанных с этим условий договора страхования производится Страховщиком индивидуально с применением актуарных методов расчета. Изменение страховой суммы и прочих связанных с этим условий договора страхования производится на основании письменного дополнительного соглашения к Договору страхования, подписанного сторонами Договора страхования.

6.4. Страховая премия рассчитывается исходя из утвержденной Страховщиком тарифной ставки, Страховой суммы и Срока страхования с учетом порядка оплаты Страховой премии.

Страховщик устанавливает тарифные ставки на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных Страховщиком, с применением повышающих и понижающих коэффициентов, учитывающих возможные факторы риска, результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем при заключении Договора страхования, информации, самостоятельно полученной Страховщиком, заключений экспертов и оценщиков, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления Страхового случая по каждому из Страховых рисков, включаемых в Договор страхования.

6.5. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь Срок страхования или **периодическими страховыми взносами** наличными деньгами или путем безналичных расчетов. Порядок уплаты Страховой премии (страховых взносов) определяется в Договоре страхования.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, днем оплаты Страховой премии считается: дата, указанная в квитанции установленной формы на получение Страховой премии (при уплате наличными денежными средствами) или дата зачисления Страховой премии на корреспондентский счет банка, в котором открыт расчетный счет Страховщика (при уплате путем безналичного расчета), либо дата зачисления Страховой премии на расчетный счет Страховщика, в случае если счета Страхователя и Страховщика открыты в одном банке.

6.6. Договором страхования может быть предусмотрен Льготный период для оплаты Страховой премии (Страховых взносов).

В случае если к установленному сроку единовременная Страховая премия (первый Страховой взнос) не поступила Страховщику или поступила в меньшем размере, Договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившая по такому договору сумма возвращается Страхователю в полном объеме, если соглашением сторон Договора страхования не предусмотрено иное.

При уплате страховой премии **периодическими страховыми взносами** в случае неуплаты очередного взноса в срок, установленный в договоре страхования и/или до истечения Льготного периода, Страховщик вправе применить последствия, предусмотренные Договором страхования, неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

В случае наступления Страхового случая в течение Льготного периода, Страховщик вправе при осуществлении Страховой выплаты удержать из суммы выплаты сумму Страховой премии (Страхового взноса), если Договором страхования не предусмотрено иное.

6.7. Страховая премия уплачивается в российских рублях или в валютном эквиваленте. При страховании в эквиваленте Страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты Страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления Страховой премии по безналичному расчету, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

- 7.1. Срок страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования. Дата начала и окончания Срока страхования могут быть установлены, в том числе для каждого (отдельного) Страхового риска.
- 7.2. Договор страхования вступает в силу 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии или первого взноса (при условии оплаты страховой премии **периодическими страховыми взносами**) и оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как день его окончания, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 7.3. Все условия, содержащиеся в Правилах, обязательны как для Страховщика так и для Страхователя/Выгодоприобретателя/Застрахованного лица, если Договором страхования не указано иного.
- 7.4. Договор страхования заключается путем составления одного документа (договора, подписанного Сторонами) либо вручения (в том числе посредством направления) Страховщиком Страхователю на основании его устного или письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.
- 7.5. Подписание Договора страхования Страховщиком, а также иных документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования по инициативе Страховщика с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования (иных документов) со стороны Страховщика.
- 7.6. В случае направления Страховщиком Страхователю Договора страхования, составленного в виде электронного документа, последний может быть подписан усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.
- 7.7. В случаях заключения Договора страхования путем направления Страховщиком Страхователю страхового полиса, согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается уплатой Страховой премии, в размере установленном Договором страхования.
- 7.8. Письменное заявление на страхование (при наличии) является неотъемлемой частью Договора страхования.
- 7.9. При заключении Договора страхования Страхователь представляет Страховщику следующие документы:
- 7.9.1. в отношении граждан Российской Федерации:
- документ, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации;
 - документ, подтверждающий регистрацию по месту пребывания и/или по месту жительства (при наличии);
 - свидетельство ИНН (при наличии);
- 7.9.2. в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства:
- общегражданский паспорт или иной документ, установленный законодательством Российской Федерации или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- миграционная карта (если в соответствии с действующим законодательством она должна была быть оформлена при пересечении данным иностранным гражданином или лицом без гражданства границы Российской Федерации);
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- или иные документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, необходимые для идентификации Страхователя;

7.9.3. письменное заявление на страхование по требованию Страховщика.

7.9.4. иные документы, необходимые для исполнения положений Федерального закона от 07.08.2011 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

7.10. Для заключения Договора страхования Страхователь представляет Страховщику заявление (письменное или устное) на страхование, в котором сообщает следующие сведения:

7.10.1. адрес, банковские реквизиты, телефон, адрес электронной почты Страхователя – физического лица;

7.10.2. сообщает Страховщику существенные сведения об обстоятельствах, оговоренных Страховщиком в заявлении на страхование и приложениях к нему, в том числе по запросу Страховщика. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования, заявления на страхование и приложениях к нему, в том числе в письменном запросе Страховщика. К таким обстоятельствам относятся в том числе (но не ограничиваясь) сведения о состоянии здоровья, профессиональной деятельности, о занятиях видами спорта на профессиональной или любительской основе (вид спорта, место занятий, периодичность занятий), об увлечении активным и экстремальным видами отдыха.);

7.10.3. представляет Страховщику документы, уточняющие/подтверждающие сведения, указанные в заявлении на страхование, для оценки степени риска, в том числе по запросу Страховщика представляет медицинскую декларацию, медицинскую анкету и/или результаты медицинского обследования.

7.11. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям Договора страхования:

7.11.1. о Застрахованном лице;

7.11.2. о Страховом случае;

7.11.3. о размере Страховой суммы;

7.11.4. о сроке действия Договора страхования;

7.11.5. о порядке расчета Выкупной суммы;

7.11.6. о порядке расчета Инвестиционного дохода.

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ВЗАИМОРАСЧЕТЫ СТОРОН

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. Истечения Срока страхования, а также исполнения Страховщиком своих обязательств в полном

объеме. При этом Страховая премия не возвращается, считается полностью заработанной Страховщиком;

- 8.1.2. досрочного расторжения Договора страхования по соглашению сторон. Договор прекращается с даты, указанной в соглашении;
 - 8.1.3. досрочного расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя. Договор страхования прекращается с даты, указанной в заявлении Страхователя на расторжение;
 - 8.1.4. смерти Застрахованного лица по причине иной, чем Страховой случай, а также при признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим. Договор страхования прекращается с даты смерти Застрахованного лица;
 - 8.1.5. неуплаты Страхователем очередного взноса в срок, установленный в Договоре страхования и/или до истечения Льготного периода. Договор прекращается с даты окончания предыдущего оплаченного периода действия Договора страхования;
 - 8.1.6. отказа Страхователя от Договора страхования в течение Свободного периода, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;
 - 8.1.7. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и/или Договором страхования. Договором страхования могут быть предусмотрены иные и/или отдельные/дополнительные из вышеуказанных причин прекращения Договора страхования.
- 8.2. Взаиморасчеты сторон в случае досрочного прекращения Договора страхования производятся следующим образом:
- 8.2.1. в случае досрочного прекращения Договора страхования по причине, указанной в подп. 8.1.2. Правил, порядок расчетов определяется в соглашении Сторон;
 - 8.2.2. в случае досрочного прекращения Договора страхования по причинам, указанным в подп. 8.1.3., 8.1.4. и 8.1.5 Правил, Страхователю выплачивается Выкупная сумма, установленная на дату расторжения в соответствии с подп. 9.3.1. Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Правилами;
 - 8.2.3. в случае досрочного прекращения Договора страхования по причине, указанной в подп. 8.1.6. Правил, Страховщик возвращает Страхователю 100% оплаченной страховой премии, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные и/или отдельные/дополнительные условия взаиморасчетов сторон при прекращении Договора страхования.

8.3. При взаиморасчете сторон при досрочном прекращении Договора страхования Страхователь (его представитель) или наследники представляют Страховщику следующие документы:

- Договор страхования;

в случаях, предусмотренных подп. 8.1.2., 8.1.3 и 8.1.6. Правил:

- заявление о досрочном прекращении Договора страхования или заявление на возврат страховой премии по Договору страхования в течение Свободного периода;
- документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица либо его представителя, а также надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю Страхователя – физического лица;

в случаях, предусмотренных подп. 8.1.4. Правил:

- оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление обстоятельств, указанных в подп. 8.1.4. Правил;
- документ, удостоверяющий личность Наследника (Наследников) – физического лица либо его представителя, а также надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю Страхователя – физического лица.

9. ВЫКУПНАЯ СУММА

- 9.1. Выкупная сумма выплачивается Страхователю при расторжении Договора страхования, если она определена условиями Договора страхования.
- 9.2. Выкупная сумма выплачивается в размере, установленном в Договоре страхования на дату расторжения Договора страхования. Выплата Выкупной суммы производится в сроки, установленные в Договоре страхования.
- 9.3. Выкупная сумма определяется следующим образом:
- 9.3.1. В случае досрочного расторжения Договора страхования по причинам, указанным в подп. 8.1.3. - 8.1.5 Правил, Выкупная сумма на каждый период действия страхования рассчитывается как процент от уплаченной Страховой премии, если иной порядок расчета Выкупной суммы не предусмотрен Договором страхования.
- 9.4. Если это предусмотрено Договором страхования, в дополнение к Выкупной сумме выплачивается Инвестиционный доход, начисленный в порядке, установленном в разделе 14 Правил.
- 9.5. Выплата Выкупной суммы производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 9.6. При «страховании в эквиваленте» выплата Выкупной суммы производится в валюте Российской Федерации по курсу, установленному Договором страхования на дату выплаты, если Договором страхования не установлена иная дата определения курса.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

- 10.1. В период действия Договора страхования Страхователь/Выгодоприобретатель/Застрахованное лицо обязаны сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в существенных обстоятельствах жизни и деятельности Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска.
- 10.2. Страхователь/Выгодоприобретатель/Застрахованное лицо с момента, когда им стало известно о таких обстоятельствах, обязаны сообщить о них Страховщику в течение 24 (двадцати четырех) часов любым доступным способом, а также дополнительно в течение 3 (трех) рабочих дней письменно известить Страховщика о данных обстоятельствах, с приложением документов, подтверждающих эти изменения.
- 10.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования в соответствии с действительной степенью риска и оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 10.4. Если иное не установлено соглашением сторон, в случае уведомления Страхователем Страховщика об изменении степени страхового риска, предшествовавшего наступлению страхового события, Страховщик вправе отсрочить выплату страхового возмещения по данному и всем последующим страховым событиям, наступившим в рамках одного Договора, до исполнения Страхователем обязанности по уплате дополнительной страховой премии в связи с изменением

степени страхового риска. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, Страховщик вправе зачесть при определении размера страховой выплаты по данному и по всем последующим Страховым случаям сумму подлежащей уплате дополнительной Страховой премии.

- 10.5. При неисполнении Страхователем/Выгодоприобретателем/Застрахованным лицом обязанности, предусмотренной п. 10.2 Правил, а также, в случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 10.6. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

- 11.1.1. ознакомить Страхователя с условиями Правил и Договора страхования;
- 11.1.2. в случае наступления страхового случая и принятия решения о выплате страхового возмещения, произвести Страховую выплату в порядке и сроки, установленные Правилами;
- 11.1.3. в случае отказа в признании события страховым случаем, уведомить об этом Выгодоприобретателя/Страхователя/Застрахованное лицо в порядке и сроки, установленные Правилами;
- 11.1.4. не разглашать без письменного согласия Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) личные данные, сведения о состоянии здоровья и имущественном положении названных лиц, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 11.1.5. исполнять иные положения Договора страхования, Правил.

11.2. Страховщик имеет право:

- 11.2.1. проверять достоверность данных и информации, предоставленной Страхователем (Застрахованным лицом);
- 11.2.2. проверять выполнение Страхователем требований Правил и Договора страхования;
- 11.2.3. Проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица с привлечением врача по выбору Страховщика, как до заключения Договора страхования, так и после для принятия решения о признании случая страховым;
- 11.2.4. осуществлять иные права, предоставленные Правилами.

11.3. Страхователь обязан:

- 11.3.1. оплатить Страховую премию в сроки и в порядке, определенные Договором страхования и/или Правилами;
- 11.3.2. довести до сведения Застрахованного лица (его законного представителя) положения Правил и условия Договора страхования;
- 11.3.3. в случае замены Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) другим лицом обеспечить получение согласия Застрахованного лица (его законного представителя) на эти действия согласно действующему законодательству Российской Федерации, данная обязанность,

условиями соглашения между сторонами Договора страхования, может быть возложена на лицо, указанное в соглашении как новый Выгодоприобретатель;

- 11.3.4. при наступлении события, обладающего признаками страхового случая, уведомить об этом Страховщика в порядке и сроки, установленные Правилами. Указанная обязанность может быть исполнена Выгодоприобретателем по Договору страхования;
- 11.3.5. не позднее 3 (трех) календарных дней уведомить в письменном виде Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования;
- 11.3.6. По требованию Страховщика пройти дополнительный медицинский осмотр (комиссию) для принятия Страховщиком решения о принятии Застрахованного лица на страхование и/или признании события Страховым случаем. Денежные расходы, связанные с проведением такого дополнительного медицинского осмотра (комиссии), несет Страховщик;
- 11.3.7. исполнять иные положения Правил и условия Договора страхования.

11.4. Страхователь имеет право:

- 11.4.1. заменить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, названное в Договоре страхования Застрахованное лицо другим лицом с письменного согласия этого Застрахованного лица (его законного представителя) и Страховщика;
 - 11.4.2. заменить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом с письменного согласия Застрахованного лица (его законного представителя);
 - 11.4.3. отказаться от Договора страхования, направив Страховщику соответствующее письменное заявление, с учетом особенностей, предусмотренных подп. 8.3 Правил;
 - 11.4.4. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты.
 - 11.4.5. иные права, предусмотренные Правилами;
- 11.5. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованное лицо, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору страхования, если только Договором страхования не предусмотрено иное или обязанности Страхователя выполнены Выгодоприобретателем.
- 11.6. Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о выплате страховой суммы. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.
- 11.7. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего Договор страхования жизни и здоровья другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определенные этим Договором страхования, переходят к Выгодоприобретателю с согласия Застрахованного лица.
- 11.8. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы иному лицу без письменного согласия на это Страховщика.
- 11.9. Страховщик вправе направлять Страхователю сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному в Договоре страхования. Сообщения, отправленные с использованием электронного адреса, носят официальный характер, и такие сообщения признаются сторонами Договора страхования юридически значимыми.

11.10. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности сторон.

12. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

12.1. Выгодоприобретатель обязан уведомить Страховщика о наступлении страхового события не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о таком событии. Обязанность может быть выполнена самим Выгодоприобретателем, а также уполномоченным им представителем.

Уведомление должно быть сделано способом, позволяющим зафиксировать текст с указанием отправителя и дату сообщения (по телефону, факсимильной связи, телеграммой и т.п.).

Обязательства сторон по Договору страхования сохраняют свое действие, если к моменту признания произошедшего события (о котором Страховщик был уведомлен в соответствии с требованиями данного пункта Правил) Страховым случаем срок действия Договора страхования истек (при условии, что Страховой случай произошел в течение срока действия Договора страхования).

12.2. Выгодоприобретатель обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда ему стало известно о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая предоставить Страховщику документы в соответствии с п. 13.7 Правил.

12.3. В течение 30 (тридцати) календарных дней после получения всех документов, указанных в п. 13.7 Правил, Страховщик обязан рассмотреть заявление о наступлении страхового случая и если это необходимо вправе:

12.3.1. направить запрос в письменной форме о недостающих документах/информации/сведениях Страхователю (Выгодоприобретателю), в правоохранительные и иные органы, в медицинские учреждения и другие организации/учреждения, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события.

12.3.2. проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства страхового события, заключениях квалифицированных врачей и иных экспертов, предоставленных/самостоятельно полученных документах, а также их ксерокопиях и др.). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, оформляются в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой все или часть документов, доказывающих наступление страхового события.

12.4. Страховщик имеет право отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) в следующих случаях:

12.4.1. если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, согласно п. 12.3.1 Правил, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, согласно п. 12.3.2 Правил – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 90 календарных дней, с момента отправки запроса;

12.4.2. если Страхователь (Выгодоприобретатель) предоставил ненадлежащим образом оформленные документы – до момента предоставления необходимых документов, оформленных надлежащим образом;

12.4.3. если в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по фактам, связанным с наступлением страхового события, назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс – до устранения обстоятельств,

препятствующих Страховщику в установлении факта наступления страхового случая и/или осуществлении страховой выплаты.

При этом Страховщик письменно уведомляет Страхователя (Выгодоприобретателя) о применении отсрочки в принятии решения.

12.5. После получения документов запрошенных Страховщиком дополнительно и после проведения Страховщиком экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, согласно п. 12.3 и 12.4 Правил, Страховщик обязан в течение 10 рабочих дней принять решение о признании случая страховым или не страховым.

12.6. Страховщик обязан:

12.6.1. если случай признан страховым, составить страховой акт в течение 5 (пяти) рабочих дней после принятия решения, определив в нем сумму Страховой выплаты. Страховщик обязан произвести Страховую выплату в течение 5 (пяти) рабочих дней после составления страхового акта (если соглашением сторон не предусмотрено иное), кроме случаев, предусмотренных в п. 13.4 Правил;

12.6.2. если случай признан не страховым, отказать в Страховой выплате. Решение об отказе в Страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов.

13. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

13.1. При условии соблюдения Страхователем содержащихся в Правилах и Договоре страхования положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования.

13.2. Страховая выплата производится на основании письменного заявления Выгодоприобретателя с приложением документов, предусмотренных Правилами и/или Договором страхования, и страхового акта.

13.3. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховые выплаты осуществляются единовременно по страховым рискам, указанным в п. 4.1.1, 4.1.2, 4.1.4 и 4.1.5 Правил, в размере Страховой суммы, определенной в Договоре страхования на дату наступления Страхового случая, с учетом иных условий Правил и/или Договора страхования (лимиты ответственности, порядок определения Страховой выплаты и др.).

13.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае наступления Страхового случая по Страховому риску, указанному в п. 4.1.3 Правил, выплата осуществляется ежегодно в размере одного Страхового взноса по Договору страхования в порядке взаимозачета суммы страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса (далее – освобождение от уплаты взносов), подлежащего оплате. При этом:

13.4.1. на период времени до принятия Страховщиком решения о признании (либо непризнании) события Страховым случаем, в соответствии с п.п. 12.3-12.4 Правил, Страхователю предоставляется отсрочка от уплаты очередного Страхового взноса. В случае принятия решения о признании события Страховым случаем – освобождение от уплаты Страховых взносов наступает с даты оплаты очередного Страхового взноса, непосредственно следующей за датой установления инвалидности;

13.4.2. если установленная группа инвалидности требует прохождения переосвидетельствования в установленные сроки, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщать Страховщику о

результатах переосвидетельствования и предоставлять документы, подтверждающие решение медико-социальной экспертизы, в течение 2 (двух) месяцев, следующих за месяцем, на который было назначено переосвидетельствование. При этом на указанный срок Страхователю предоставляется отсрочка от уплаты очередного Страхового взноса;

- 13.4.3. освобождение Страхователя от обязанности уплачивать страховые взносы прекращается, если инвалидность 1 или 2 группы снята или изменена на 3 группу, со следующего дня после дня установления инвалидности 3 группы или если инвалидность 1 или 2 группы снята.
- 13.5. В случае отказа Выгодоприобретателя от права на получение Страховой выплаты по Договору страхования, если в Договоре страхования не назначен другой Выгодоприобретатель, то Страховая выплата производится Страхователю (наследникам Страхователя).
- 13.6. Если это предусмотрено Договором страхования, в дополнение к Страховой сумме по страховым рискам 4.1.1., 4.1.2. Правил выплачивается Инвестиционный доход,
- 13.7. Для получения Страховой выплаты Страховщику, если иное не предусмотрено Договором страхования, должны быть представлены следующие документы:
- 13.7.1. заявление по установленной Страховщиком форме;
- 13.7.2. копия Договора страхования (без заверения) или оригинал по требованию Страховщика;
- 13.7.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя, и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность), а также иные документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, необходимые для идентификации Выгодоприобретателя.
- 13.7.4. в случае дожития Застрахованного лица до даты окончания срока страхования:
- В дополнение к документам, перечисленным выше в подп. 13.7.1 – 13.7.3 Правил, Застрахованное лицо обязано подтвердить факт дожития до окончания срока страхования, лично явившись в офис Страховщика (и/или его представителя) и предъявив паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- На усмотрение Страховщика факт дожития Застрахованного лица до даты окончания срока страхования может быть подтвержден иными доказательствами, достаточность которых оценивается Страховщиком в каждом конкретном случае. Такими доказательствами, в частности, могут являться Свидетельство нотариуса, удостоверяющее факт нахождения Застрахованного лица в живых, либо, в случае смерти Застрахованного лица после даты окончания срока действия Договора страхования, свидетельство органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа) о смерти Застрахованного лица.
- 13.7.5. в случае смерти Застрахованного лица в дополнение к документам, перечисленным в подп. 13.7.1 – 13.7.3 Правил, предоставляются:
- 13.7.5.1. свидетельство органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа) о смерти Застрахованного лица;
- 13.7.5.2. официальный документ, содержащий причину смерти: окончательное медицинское свидетельство о смерти и/или справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа) или другой документ, устанавливающий причину смерти (например, акт судебно-медицинского исследования, протокол патологоанатомического вскрытия);
- 13.7.5.3. если событие произошло в результате болезни, Страховщику должны быть предоставлены медицинские документы, раскрывающие обстоятельства страхового события и выданные

лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами (наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица, другие медицинские документы);

- 13.7.5.4. если событие произошло в результате иных причин, Страховщику должны быть предоставлены документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти/организаций/учреждений (протоколы, постановления, справки, определения, акт о несчастном случае на производстве и др.), если событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;
- 13.7.5.5. если событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно к документам, указанным в предыдущем абзаце, предоставляется акт освидетельствования на состояние опьянения или другой документ, содержащий информацию о том, находилось ли Застрахованное лицо (или лицо, которому Застрахованное лицо передало управление транспортным средством) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения в момент страхового события.
- 13.7.6. в случае установления Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности в дополнение к документам, перечисленным в подп. 13.7.1 – 13.7.3 Правил, предоставляются:
- 13.7.6.1. официальный документ, выданный государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;
- 13.7.6.2. справки, выданные федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);
- 13.7.6.3. официальные документы, содержащие причину (основной диагноз) инвалидности: направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы, выписка из протокола проведения медико-социальной экспертизы и т.п.
- 13.7.6.4. документы, указанные в подп. 13.7.5.3 – 13.7.5.5 Правил.
- 13.8. Если иное прямо не предусмотрено положениями Правил, документы, указанные в подп. 13.7 Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником.
- 13.9. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.
- 13.10. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и запросить недостающие документы/сведения/информацию или сократить указанный в подп. 13.7 Правил перечень документов. В последнем случае Страховщик самостоятельно осуществляет экспертизу, устанавливает факты и выясняет причины и обстоятельства произошедшего события согласно п. 12.3 Правил.
- 13.11. Страховщик также вправе заменить любой из поименованных выше документов иным документом, который был ему предоставлен и позволяет установить факт, выяснить причины и обстоятельства произошедшего события.
- 13.12. Выплаты производятся путем перечисления сумм на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем.
- 13.13. Выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

13.14. При «страховании в эквиваленте» страховая выплата производится в валюте Российской Федерации по курсу, установленному Договором страхования на дату выплаты, если Договором страхования не установлена иная дата определения курса.

14. ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ДОХОД

14.1. Страховщик по итогам инвестиционной деятельности за каждый календарный год **объявляет** фактическую инвестиционную норму доходности.

14.2. Инвестиционный доход по Договору страхования определяется как результат размещения средств страховых резервов, относящихся к Договору страхования, полученный за счет превышения объявленной инвестиционной нормы доходности над гарантированной (технической) нормой доходности, принятой Страховщиком для расчета страховых резервов. Для целей начисления Инвестиционного дохода принимается во внимание суммарная величина резерва, сформированного в установленном порядке, по Договору страхования на начало соответствующего календарного года.

14.3. Величина Инвестиционного дохода рассчитывается и начисляется ежегодно на дату окончания календарного года, по итогам которого была объявлена фактическая инвестиционная норма доходности.

14.4. Инвестиционный доход по Договору страхования начисляется только при условии, что Договор страхования действовал в течение всего календарного года, за который начисляется Инвестиционный доход.

14.5. Инвестиционный доход, начисленный в соответствии с пп. 14.1. - 14.4 Правил, выплачивается в дополнение к Страховой выплате при наступлении Страховых случаев, указанных в подп. 4.1.1., 4.1.2. Правил, если это предусмотрено Договором страхования, а также в дополнение к Выкупной сумме при досрочном расторжении Договора страхования, если это предусмотрено Договором страхования.

14.6. Выплата Инвестиционного дохода осуществляется в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

14.7. При «страховании в эквиваленте» Инвестиционный доход выплачивается в валюте Российской Федерации по курсу, установленному Договором страхования на дату выплаты, если Договором страхования не установлена иная дата определения курса.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Споры, возникающие при исполнении (неисполнении, ненадлежащем исполнении), изменении и расторжении Договора страхования разрешаются сторонами путем переговоров.

15.2. При разрешении споров условия Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям Правил.

15.3. По Договору страхования предусматривается обязательный досудебный (претензионный) порядок урегулирования спора.

15.4. Сторона, чье право нарушено, до обращения в суд, обязана предъявить другой стороне письменную претензию с обязательным указанием оснований и предмета требований (с приложением документов в обоснование требования при их наличии).

15.5. Претензия может быть вручена лично или направлена почтовым отправлением по адресу стороны, указанному в договоре страхования.

15.6. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и ответить по существу (подтвердить согласие на полное или частичное ее удовлетворение либо сообщить о полном или частичном отказе

в ее удовлетворении) не позднее одного месяца с даты ее получения.

15.7. При невозможности устранения разногласий между сторонами, споры разрешаются в судебном порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

16. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

16.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованных лицах и Выгодоприобретателях, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).

16.2. При обработке персональных данных физических лиц (далее – персональные данные) Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных. Обработка персональных данных Страховщиком, действующим в качестве оператора, осуществляется с учетом нижеследующего:

16.2.1. цели обработки:

- заключение, исполнение, изменение, прекращение Договора страхования (оказание страховой услуги);
- предусмотренные законом цели, а также осуществление и выполнение возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей;
- осуществление прав и законных интересов Страховщика;
- иные законные, определенные и заявленные субъекту персональных данных цели (при наличии). При этом цели могут быть определены и заявлены путем указания их в Договоре страхования.

Закключая Договор страхования Страхователь подтверждает свое ознакомление с заявленными целями обработки персональных данных.

16.2.2. Перечень действий с персональными данными, которые могут совершаться Страховщиком, и описание способов обработки персональных данных определяются как: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

16.2.3. Если в Договоре страхования не указано иное, то перечень обрабатываемых Страховщиком персональных данных определяется как: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), данные миграционной карты (серия, номер карты, дата начала и дата окончания срока пребывания), данные документа, подтверждающего право проживания (пребывания), и другие персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования, в т.ч. контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), профессия, данные о состоянии здоровья, платежные реквизиты и иные персональные данные, содержащиеся в документах, которые переданы/будут переданы Страховщику, а также данные, которые обрабатываются в связи с предоставлением услуги, согласно условиям Договора страхования.

16.2.4. Согласие на обработку персональных данных действует в течение срока действия договора страхования (включая все последующие договоры, заключенные на условиях пролонгации) и еще в течение 5 (пяти) последующих лет, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов Российской Федерации.

Обрабатываемые персональные данные подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия в случаях, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

- 16.2.5. При обработке персональных данных Страховщик обязан соблюдать безопасность и конфиденциальность обрабатываемых персональных данных, а также выполнять иные требования, предусмотренные законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Страховщик обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения выполнения указанных обязанностей. При этом Страховщик самостоятельно определяет состав и перечень таких мер. В частности, Страховщик при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Приложение 1
к Правилам накопительного страхования жизни
Образец 1 договора накопительного страхования жизни

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Договор смешанного страхования жизни по программе «ПРЕМЬЕР ЛАЙФ»

№ _____ (1) _____ от ____ (2) ____ г.

Настоящий Договор смешанного страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Страховщиком Обществом с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензии на осуществление страхования СЖ № 4079 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) и СЛ № 4079 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила №1) и Правил добровольного медицинского страхования от критических заболеваний (далее – Правила №2), утвержденных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

| | |
|--|---|
| Фамилия: _____ (3) Имя: _____ (4) Отчество: _____ (5) Пол: _____ (6) Дата рождения: (7) ____ / ____ / ____ Место рождения: _____ (8) Паспорт: серия _____ (9) номер _____ (10) Когда выдан: (11) ____ / ____ / ____ Кем выдан: _____ (12) Код подразделения: _____ (13) ИНН (при его наличии): _____ (14) Гражданство: _____ (15) Является ли гражданин публичным должностным лицом ¹ , его супругом, близким родственником: _____ (16) Счет: _____ (16-1) в ПАО РОСБАНК | Адрес регистрации: _____ (17) Почтовый индекс: _____ (18) Город: _____ (19) Область/регион: _____ (20) № телефона: _____ (21) Адрес электронной почты: _____ (21-1) Фактический Адрес (если отличается от адреса регистрации): _____ (22) Почтовый индекс: _____ (23) Город: _____ (24) Область/регион: _____ (25) Для иностранных граждан или лиц без гражданства Данные миграционной карты: _____ (26) Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____ (27) Срок пребывания: с (28) ____ / ____ по (29) ____ / ____ |
|--|---|

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски:

1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования (далее – **Дожитие**);
2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение срока страхования, (далее – **Смерть ЛП**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
3. Установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности по любой причине в течение срока страхования по данному риску (далее – **Инвалидность ЛП 1,2**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
4. Наступление в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты медицинских и иных услуг (далее – **Критические заболевания**), за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №2:
 - Диагностирование злокачественного новообразования, согласно п. 4.2.1. Правил №2;
 - Назначение операции по трансплантации костного мозга в целях лечения лимфомы и лейкоза, согласно п. 4.2.2. Правил №2;
 - Назначение кардиохирургической операции, согласно п. 4.2.3. Правил №2;

Страховая сумма и страховая выплата:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма / Форма страхового возмещения |
|---------------------|------------------|---|
| Дожитие | | _____ рублей РФ, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Смерть ЛП | | Уплаченные Страхователем до наступления страхового случая страховые взносы, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Инвалидность ЛП 1,2 | | _____ рублей РФ за вычетом уплаченных Страхователем до наступления страхового случая страховых взносов с учетом ограничений, определенных в п. 13.4 Правил №1. Стороны пришли к соглашению, что выплата осуществляется ежегодно в размере одного страхового взноса по Договору страхования в порядке и сроки, указанные в разделе "Страховая премия (страховые взносы)", в порядке взаимозачета суммы страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса, подлежащего оплате. |

¹ Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банка России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

| | |
|-------------------------|--|
| Критические заболевания | Организация и оплата Медицинских и Иных услуг на территории: Российская Федерация, в пределах ___ рублей РФ и с учетом ограничений, определенных в п. 10.13 Правил №2. |
|-------------------------|--|

Организатор лечения по риску «Критические заболевания»: Сервисная организация Madanes Advanced Healthcare Services Ltd на основании договора со Страховщиком.

Адрес представителя в России ООО «МСР» 115093 г. Москва, Серпуховский переулок д.7, стр.7, телефон 8-800-5116462.

Страховщик вправе в течение срока действия Договора страхования заменить Сервисную организацию, указанную выше, другой аналогичной Сервисной организацией.

В этом случае Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо о новых контактных данных.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховая премия (страховые взносы): Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет 700 000 рублей РФ. Страховая премия уплачивается ежегодными равными страховыми взносами в размере 100 000 рублей РФ. Первый взнос должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика, указанный на последней странице Договора страхования, не позднее 5-го рабочего дня после даты заключения Договора страхования.

Очередные страховые взносы уплачиваются до начала каждого следующего года действия Договора страхования. При этом для уплаты очередного (кроме первого) страхового взноса Страхователю предоставляется льготный период, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме, при этом Договор страхования считается расторгнутым с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования и заключения отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем не требуется. Выкупная сумма выплачивается Страхователю с учетом положений раздела 9 Правил №1, если Сторонами не достигнуто соглашение об ином.

Срок действия Договора страхования: Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии в полном объеме. При этом оплата первого взноса после даты, указанной в подразделе «Страховая премия (страховые взносы)» настоящего раздела Договора страхования, не влечет для сторон юридических последствий (а именно, не влечет вступление в силу Договора страхования), а поступившая денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Страхование по рискам «Критические заболевания» и «Инвалидность ЛП 1,2» начинает действовать на 121 (сто двадцать первый) календарный день с момента заключения Договора страхования. Договор страхования прекращается в 23.59 (37) г.

Свободный период: Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения независимо от уплаты страховой премии и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Свободный период по Договору страхования составляет 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в Заявлении на отказ от Договора страхования.

Инвестиционный доход: Размер инвестиционного дохода по Договору страхования определяется согласно разделу 14 Правил №1.

Выкупная сумма: При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода возврат оплаченной страховой премии не производится, Страхователю выплачивается выкупная сумма. В дополнение к выкупной сумме выплачивается Инвестиционный доход, если его величина больше 0 (нуля). Выплата выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о расторжении Договора страхования.

| Год действия Договора страхования | Сумма уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в % от суммы уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в рублях РФ |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховым рискам Дожитие, Инвалидность ЛП 1,2 и Критические заболевания является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховому риску Смерть ЛП по Договору страхования Страхователем назначены следующие лица:

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| 1 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ ПО СТРАХОВОМУ РИСКУ СМЕРТЬ ЛП НЕ НАЗНАЧЕН, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ ПО ЭТОМУ РИСКУ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОННЫЕ НАСЛЕДНИКИ СТРАХОВАТЕЛЯ.

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Я уведомлен и согласен, что в случае если я на момент заключения Договора страхования отношусь к одной из нижеперечисленных категорий, Договор страхования действует только в отношении рисков «Дожитие» и «Смерть ЛП».

Подписывая Договор страхования, я подтверждаю, что:

- не являюсь инвалидом, и документы на установление мне группы инвалидности не подавались;
- в настоящее время или в течение последних 10 лет не прохожу/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не нахожусь/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеисследующих заболеваний или состояний:
 - рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
 - лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
 - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухольевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
 - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина);
 - любые формы инсульта; любая форма диабета.
- не выкуриваю более 20 сигарет в день; не употребляю алкоголь более чем в день 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков (≥ 40 градусов);
- разница между моим ростом (в сантиметрах) и весом (в килограммах) находится в диапазоне от 80 до 120 (например: рост 180 см – Вес 70 кг = 110).

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки. Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора страхования и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений, имеющих существенное значение для определения страхового риска, в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора страхования недействительным.
- Я подтверждаю, что ко мне не применимо законодательство США о налогообложении иностранных счетов. Я подтверждаю, что являюсь налоговым резидентом только РФ. Я обязуюсь сообщать Страховщику сведения об изменении статуса налогового резидентства в срок не позднее 30 (тридцати) дней с момента изменений.
- Я уведомлен, что сообщение недостоверных сведений о налоговом резидентстве может повлечь отказ в проведении операций по Договору страхования в соответствии с законодательством РФ о проведении финансовых операций.
- Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных: адреса регистрации, фактического адреса и адреса электронной почты, в разделе «СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ» Договора страхования. Я обязуюсь получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и несу полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора страхования.
- Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора страхования, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре страхования, а также персональных данных о состоянии моего здоровья. Цели обработки ПДн:
 - заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования;
 - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
 - контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора страхования, по всем вопросам их предоставления.
- Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
 - Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекорде Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес - 115093 г. Москва, Серпуховский переулок д.7, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
 - Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ),

обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).
Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

- Я даю согласие на передачу Страховщику и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 информации о состоянии моего здоровья, в целях исполнения условий Договора по риску «Критические заболевания».
- Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:
 - лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
- Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обработываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
- Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕН СТОРОНАМИ ПУТЕМ ПОДПИСАНИЯ ОДНОГО ДОКУМЕНТА. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор
Арно Бриэр де ла Оссерэ

Подпись/Печать

Страхователь

Договор страхования, Правила №1, Правила №2 Страхователем получены. С Правилами №1 и Правилами №2 ознакомлен и согласен. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора страхования, порядок начисления инвестиционного дохода и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанному в Договоре страхования номеру телефона и адресу электронной почты.

Дата: (2).

_____ / _____ /

ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ИНН: 7706625952, Р/с: 40701810897960000012 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: www.sg-ins.ru. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок по территории РФ бесплатный).

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Договор смешанного страхования жизни по программе «ПРЕМЬЕР ЛАЙФ»

№ _____ (1) _____ от _____ (2) _____ г.

Настоящий Договор смешанного страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Страховщиком Обществом с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензии на осуществление страхования СЖ № 4079 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) и СЛ № 4079 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила №1) и Правил добровольного медицинского страхования от критических заболеваний (далее – Правила №2), утвержденных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

| | |
|--|---|
| Фамилия: _____ (3) Имя: _____ (4) Отчество: _____ (5) Пол: _____ (6) Дата рождения: _____ (7) / ____ / ____ Место рождения: _____ (8) Паспорт: серия _____ (9) номер _____ (10) Когда выдан: _____ (11) / ____ / ____ Кем выдан: _____ (12) Код подразделения: _____ (13) ИНН (при его наличии): _____ (14) Гражданство: _____ (15) Является ли гражданин публичным должностным лицом ² , его супругом, близким родственником: _____ (16) Счет: _____ (16-1) в ПАО РОСБАНК | Адрес регистрации: _____ (17) Почтовый индекс: _____ (18) Город: _____ (19) Область/регион: _____ (20) № телефона: _____ (21) Адрес электронной почты: _____ (21-1) Фактический Адрес (если отличается от адреса регистрации): _____ (22) Почтовый индекс: _____ (23) Город: _____ (24) Область/регион: _____ (25) Для иностранных граждан или лиц без гражданства Данные миграционной карты: _____ (26) Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____ (27) Срок пребывания: с _____ (28) / ____ / ____ по _____ (29) / ____ / ____ |
|--|---|

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски:

1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования (далее – **Дожитие**);
2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение срока страхования, (далее – **Смерть ЛП**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
3. Установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности по любой причине в течение срока страхования по данному риску (далее – **Инвалидность ЛП 1,2**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
4. Наступление в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты медицинских и иных услуг (далее – **Критические заболевания**), за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №2:
 - Диагностирование злокачественного новообразования, согласно п. 4.2.1. Правил №2;
 - Назначение операции по трансплантации костного мозга в целях лечения лимфомы и лейкоза, согласно п. 4.2.2. Правил №2;
 - Назначение кардиохирургической операции, согласно п. 4.2.3. Правил №2;

Страховая сумма и страховая выплата:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма / Форма страхового возмещения |
|---------------------|------------------|---|
| Дожитие | | _____ рублей РФ, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Смерть ЛП | | Уплаченные Страхователем до наступления страхового случая страховые взносы, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Инвалидность ЛП 1,2 | | _____ рублей РФ за вычетом уплаченных Страхователем до наступления страхового случая страховых взносов с учетом ограничений, определенных в п. 13.4 Правил №1. Стороны пришли к соглашению, что выплата осуществляется ежегодно в размере одного страхового взноса по Договору страхования в порядке и сроки, указанные в разделе "Страховая премия (страховые взносы)", в порядке взаимозачета суммы страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса, подлежащего оплате. |
| Критические | | Организация и оплата Медицинских и Иных услуг на территории: Российская |

² Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банка России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

| | |
|-------------|--|
| заболевания | Федерация, в пределах ___ рублей РФ и с учетом ограничений, определенных в п. 10.13 Правил №2. |
|-------------|--|

АССИСТАНС

Страховщик по истечении Свободного периода также организует для Застрахованного лица комплекс услуг, указанных ниже.

- **Медицинский консьерж:** консультирование по медицинским вопросам, организация медицинской помощи и доставки лекарств (медицинские услуги, стоимость доставки и стоимость лекарственных средств оплачивается Застрахованным самостоятельно и не возмещается Страховщиком), с целью экономии личного времени Застрахованного. Услуга предоставляется без ограничения по количеству обращений 7 дней в неделю, 24 часа в сутки в течение действия Договора страхования.
- **Профилактический осмотр для Застрахованного:** комплекс исследований, обследований и консультаций Врачей, направленный на профилактику и раннее обнаружение заболеваний в соответствии с Программой профилактического осмотра, утвержденной Страховщиком. Программа профилактического осмотра (конкретный перечень исследований и врачебных консультаций) указывается на официальном сайте Страховщика: <https://www.sg-ins.ru/insurance/health>. Услуга предоставляется один раз в течение каждого очередного года действия Договора страхования. При этом в случае неявки Застрахованного лица на осмотр в согласованный с ним день и время, услуга считается оказанной.

Услуги оказываются Сервисной организацией Madanes Advanced Healthcare Services Ltd на основании договора со Страховщиком. Для получения услуг Застрахованному лицу необходимо обратиться по телефону 8-800-5116462 и следовать указаниям оператора. Звонок по территории РФ бесплатный.

Страховщик вправе в течение срока действия Договора страхования заменить Сервисную организацию, указанную выше, другой аналогичной Сервисной организацией. В этом случае Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо о новых контактных данных.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховая премия (страховые взносы): Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет 1 400 000 рублей РФ. Страховая премия уплачивается ежегодными равными страховыми взносами в размере 200 000 рублей РФ. Первый взнос должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика, указанный на последней странице Договора страхования, не позднее 5-го рабочего дня после даты заключения Договора страхования.

Очередные страховые взносы уплачиваются до начала каждого следующего года действия Договора страхования. При этом для уплаты очередного (кроме первого) страхового взноса Страхователю предоставляется льготный период, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме, при этом Договор страхования считается расторгнутым с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования и заключения отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем не требуется. Выкупная сумма выплачивается Страхователю с учетом положений раздела 9 Правил №1, если Сторонами не достигнуто соглашение об ином.

Срок действия Договора страхования: Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии в полном объеме. При этом оплата первого взноса после даты, указанной в подразделе «Страховая премия (страховые взносы)» настоящего раздела Договора страхования, не влечет для сторон юридических последствий (а именно, не влечет вступление в силу Договора страхования), а поступившая денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Страхование по рискам «Критические заболевания» и «Инвалидность ЛП 1,2» начинает действовать на 121 (сто двадцать первый) календарный день с момента заключения Договора страхования. Договор страхования прекращается в 23.59 (37) г.

Свободный период: Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения независимо от уплаты страховой премии и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Свободный период по Договору страхования составляет 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в Заявлении на отказ от Договора страхования.

Инвестиционный доход: Размер инвестиционного дохода по Договору страхования определяется согласно разделу 14 Правил №1.

Выкупная сумма: При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода возврат оплаченной страховой премии не производится, Страхователю выплачивается выкупная сумма. В дополнение к выкупной сумме выплачивается Инвестиционный доход, если его величина больше 0 (нуля). Выплата выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о расторжении Договора страхования.

| Год действия Договора страхования | Сумма уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в % от суммы уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в рублях РФ |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховым рискам Дожитие, Инвалидность ЛП 1,2 и Критические заболевания является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховому риску Смерть ЛП по Договору страхования Страхователем назначены следующие лица:

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ ПО СТРАХОВОМУ РИСКУ СМЕРТЬ ЛП НЕ НАЗНАЧЕН, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ ПО ЭТОМУ РИСКУ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОННЫЕ НАСЛЕДНИКИ СТРАХОВАТЕЛЯ.

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Я уведомлен и согласен, что в случае если я на момент заключения Договора страхования отношусь к одной из нижеперечисленных категорий, Договор страхования действует только в отношении рисков «**Дожитие**» и «**Смерть ЛП**».

Подписывая Договор страхования, я подтверждаю, что:

- не являюсь инвалидом, и документы на установление мне группы инвалидности не подавались;
- в настоящее время или в течение последних 10 лет не прохожу/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не нахожусь/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
 - рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
 - лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
 - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухольевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
 - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина);
 - любые формы инсульта; любая форма диабета.
- не выкуриваю более 20 сигарет в день; не употребляю алкоголь более чем в день 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков (≥ 40 градусов);
- разница между моим ростом (в сантиметрах) и весом (в килограммах) находится в диапазоне от 80 до 120 (например: рост 180 см – Вес 70 кг = 110).

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки. Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора страхования и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений, имеющих существенное значение для определения страхового риска, в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора страхования недействительным.
- Я подтверждаю, что ко мне не применимо законодательство США о налогообложении иностранных счетов. Я подтверждаю, что являюсь налоговым резидентом только РФ. Я обязуюсь сообщать Страховщику сведения об изменении статуса налогового резидентства в срок не позднее 30 (тридцати) дней с момента изменений.
- Я уведомлен, что сообщение недостоверных сведений о налоговом резидентстве может повлечь отказ в проведении операций по Договору страхования в соответствии с законодательством РФ о проведении финансовых операций.
- Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных: адреса регистрации, фактического адреса и адреса электронной почты, в разделе «СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ» Договора страхования. Я обязуюсь получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и несу полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора страхования.
- Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора страхования, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре страхования, а также персональных данных о состоянии моего здоровья. Цели обработки ПДн:
 - заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования;
 - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
 - контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора страхования, по всем вопросам их предоставления.
- Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
 - Я даю свое согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес - 115093 г. Москва, Серпуховский переулок д.7, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
- Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях). Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные

персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

- Я даю согласие на передачу Страховщику и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 информации о состоянии моего здоровья, в целях исполнения условий Договора по риску «Критические заболевания» и дополнительных услуг из раздела «Ассистанс».
- Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:
 - лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
- Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
- Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕН СТОРОНАМИ ПУТЕМ ПОДПИСАНИЯ ОДНОГО ДОКУМЕНТА. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор
Арно Бриэр де ла Оссерэ

Подпись/Печать

Страхователь

Договор страхования, Правила №1, Правила №2 Страхователем получены. С Правилами №1 и Правилами №2 ознакомлен и согласен. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора страхования, порядок начисления инвестиционного дохода и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанному в Договоре страхования номеру телефона и адресу электронной почты.

Дата: (2).

_____/_____/_____

ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ИНН: 7706625952, Р/с: 40701810897960000012 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: www.sg-ins.ru. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок по территории РФ бесплатный).

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Договор смешанного страхования жизни по программе «ПРЕМЬЕР ЛАЙФ»

№ _____ (1) _____ от _____ (2) _____ г.

Настоящий Договор смешанного страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Страховщиком Обществом с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензии на осуществление страхования СЖ № 4079 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) и СЛ № 4079 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила №1) и Правил добровольного медицинского страхования от критических заболеваний (далее – Правила №2), утвержденных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

| | |
|--|---|
| Фамилия: _____ (3) | Адрес регистрации: _____ (17) |
| Имя: _____ (4) | Почтовый индекс: _____ (18) Город: _____ (19) |
| Отчество: _____ (5) | Область/регион: _____ (20) |
| Пол: _____ (6) Дата рождения: _____ (7) / ____ / ____ | № телефона: _____ (21) |
| Место рождения: _____ (8) | Адрес электронной почты: _____ (21-1) |
| Паспорт: серия _____ (9) номер _____ (10) Когда выдан: _____ (11) / ____ / ____ | Фактический Адрес (если отличается от адреса регистрации): _____ (22) |
| Кем выдан: _____ (12) | Почтовый индекс: _____ (23) Город: _____ (24) |
| Код подразделения: _____ (13) | Область/регион: _____ (25) |
| ИНН (при его наличии): _____ (14) | Для иностранных граждан или лиц без гражданства |
| Гражданство: _____ (15) | Данные миграционной карты: _____ (26) |
| Является ли гражданин публичным должностным лицом ³ , его супругом, близким родственником: _____ (16) | Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____ (27) |
| Счет: _____ (16-1) в ПАО РОСБАНК | Срок пребывания: с _____ (28) / ____ / ____ по _____ (29) / ____ / ____ |

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски:

1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования (далее – **Дожитие**);
2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение срока страхования, (далее – **Смерть ЛП**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
3. Установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности по любой причине в течение срока страхования по данному риску (далее – **Инвалидность ЛП 1,2**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
4. Наступление в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты медицинских и иных услуг (далее – **Критические заболевания**), за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №2:
 - Диагностирование злокачественного новообразования, согласно п. 4.2.1. Правил №2;
 - Назначение операции по трансплантации костного мозга в целях лечения лимфомы и лейкоза, согласно п. 4.2.2. Правил №2;
 - Назначение кардиохирургической операции, согласно п. 4.2.3. Правил №2;

Страховая сумма и страховая выплата:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма / Форма страхового возмещения |
|---------------------|------------------|---|
| Дожитие | | _____ рублей РФ, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Смерть ЛП | | Уплаченные Страхователем до наступления страхового случая страховые взносы, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Инвалидность ЛП 1,2 | | _____ рублей РФ за вычетом уплаченных Страхователем до наступления страхового случая страховых взносов с учетом ограничений, определенных в п. 13.4 Правил №1. Стороны пришли к соглашению, что выплата осуществляется ежегодно в размере одного страхового взноса по Договору страхования в порядке и сроки, указанные в разделе "Страховая премия (страховые взносы)", в порядке взаимозачета суммы страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса, подлежащего оплате. |

³ Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банка России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

| | |
|-------------------------|--|
| Критические заболевания | Организация и оплата Медицинских и Иных услуг на территории: Российская Федерация, в пределах ___ рублей РФ и с учетом ограничений, определенных в п. 10.13 Правил №2. |
|-------------------------|--|

АССИСТАНС

Страховщик по истечении Свободного периода также организует для Застрахованного лица комплекс услуг, указанных ниже.

- **Медицинский консьерж:** консультирование по медицинским вопросам, организация медицинской помощи и доставки лекарств (медицинские услуги, стоимость доставки и стоимость лекарственных средств оплачивается Застрахованным самостоятельно и не возмещается Страховщиком), с целью экономии личного времени Застрахованного. Услуга предоставляется без ограничения по количеству обращений 7 дней в неделю, 24 часа в сутки в течение действия Договора страхования.
- **Профилактический осмотр для Застрахованного и иного лица, указанного Застрахованным:** комплекс исследований, обследований и консультаций Врачей, направленный на профилактику и раннее обнаружение заболеваний в соответствии с Программой профилактического осмотра, утвержденной Страховщиком. Программа профилактического осмотра (конкретный перечень исследований и врачебных консультаций) указывается на официальном сайте Страховщика: <https://www.sg-ins.ru/insurance/health>. Услуга предоставляется один раз в течение каждого очередного года действия Договора страхования. При этом в случае неявки Застрахованного лица на осмотр в согласованный с ним день и время, услуга считается оказанной.

Услуги оказываются Сервисной организацией Madanes Advanced Healthcare Services Ltd на основании договора со Страховщиком. Для получения услуг Застрахованному лицу необходимо обратиться по телефону 8-800-5116462 и следовать указаниям оператора. Звонок по территории РФ бесплатный.

Страховщик вправе в течение срока действия Договора страхования заменить Сервисную организацию, указанную выше, другой аналогичной Сервисной организацией. В этом случае Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо о новых контактных данных.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховая премия (страховые взносы): Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет 2 800 000 рублей РФ. Страховая премия уплачивается ежегодными равными страховыми взносами в размере 400 000 рублей РФ. Первый взнос должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика, указанный на последней странице Договора страхования, не позднее 5-го рабочего дня после даты заключения Договора страхования.

Очередные страховые взносы уплачиваются до начала каждого следующего года действия Договора страхования. При этом для уплаты очередного (кроме первого) страхового взноса Страхователю предоставляется льготный период, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме, при этом Договор страхования считается расторгнутым с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования и заключения отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем не требуется. Выкупная сумма выплачивается Страхователю с учетом положений раздела 9 Правил №1, если Сторонами не достигнуто соглашение об ином.

Срок действия Договора страхования: Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии в полном объеме. При этом оплата первого взноса после даты, указанной в подразделе «Страховая премия (страховые взносы)» настоящего раздела Договора страхования, не влечет для сторон юридических последствий (а именно, не влечет вступление в силу Договора страхования), а поступившая денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Страхование по рискам «Критические заболевания» и «Инвалидность ЛП 1,2» начинает действовать на 121 (сто двадцать первый) календарный день с момента заключения Договора страхования. Договор страхования прекращается в 23.59 (37) г.

Свободный период: Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения независимо от уплаты страховой премии и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Свободный период по Договору страхования составляет 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в Заявлении на отказ от Договора страхования.

Инвестиционный доход: Размер инвестиционного дохода по Договору страхования определяется согласно разделу 14 Правил №1.

Выкупная сумма: При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода возврат оплаченной страховой премии не производится, Страхователю выплачивается выкупная сумма. В дополнение к выкупной сумме выплачивается Инвестиционный доход, если его величина больше 0 (нуля). Выплата выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о расторжении Договора страхования.

| Год действия Договора страхования | Сумма уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в % от суммы уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в рублях РФ |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховым рискам Дожитие, Инвалидность ЛП 1,2 и Критические заболевания является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховому риску Смерть ЛП по Договору страхования Страхователем назначены следующие лица:

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ ПО СТРАХОВОМУ РИСКУ СМЕРТЬ ЛП НЕ НАЗНАЧЕН, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ ПО ЭТОМУ РИСКУ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОННЫЕ НАСЛЕДНИКИ СТРАХОВАТЕЛЯ.

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Я уведомлен и согласен, что в случае если я на момент заключения Договора страхования отношусь к одной из нижеперечисленных категорий, Договор страхования действует только в отношении рисков «**Дожитие**» и «**Смерть ЛП**».

Подписывая Договор страхования, я подтверждаю, что:

- не являюсь инвалидом, и документы на установление мне группы инвалидности не подавались;
- в настоящее время или в течение последних 10 лет не прохожу/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не нахожусь/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
 - рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
 - лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
 - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
 - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина);
 - любые формы инсульта; любая форма диабета.
- не выкуриваю более 20 сигарет в день; не употребляю алкоголь более чем в день 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков (≥ 40 градусов);
- разница между моим ростом (в сантиметрах) и весом (в килограммах) находится в диапазоне от 80 до 120 (например: рост 180 см – Вес 70 кг = 110).

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки. Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора страхования и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений, имеющих существенное значение для определения страхового риска, в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора страхования недействительным.
- Я подтверждаю, что ко мне не применимо законодательство США о налогообложении иностранных счетов. Я подтверждаю, что являюсь налоговым резидентом только РФ. Я обязуюсь сообщать Страховщику сведения об изменении статуса налогового резидентства в срок не позднее 30 (тридцати) дней с момента изменений.
- Я уведомлен, что сообщение недостоверных сведений о налоговом резидентстве может повлечь отказ в проведении операций по Договору страхования в соответствии с законодательством РФ о проведении финансовых операций.
- Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных: адреса регистрации, фактического адреса и адреса электронной почты, в разделе «СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ» Договора страхования. Я обязуюсь получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и несу полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора страхования.
- Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора страхования, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре страхования, а также персональных данных о состоянии моего здоровья. Цели обработки ПДн:
 - заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования;
 - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
 - контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора страхования, по всем вопросам их предоставления.
- Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
 - Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес - 115093 г. Москва, Серпуховский переулок д.7, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
- Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях). Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса

иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

- Я даю согласие на передачу Страховщику и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 информации о состоянии моего здоровья, в целях исполнения условий Договора по риску «Критические заболевания» и дополнительных услуг из раздела «Ассистанс».
- Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:
 - лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
- Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обработываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
- Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕН СТОРОНАМИ ПУТЕМ ПОДПИСАНИЯ ОДНОГО ДОКУМЕНТА. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор
Арно Бриэр де ла Оссерэ

Подпись/Печать

Страхователь

Договор страхования, Правила №1, Правила №2 Страхователем получены. С Правилами №1 и Правилами №2 ознакомлен и согласен. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора страхования, порядок начисления инвестиционного дохода и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанному в Договоре страхования номеру телефона и адресу электронной почты.

Дата: (2).

_____ / _____ /

ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ИНН: 7706625952, Р/с: 40701810897960000012 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: www.sg-ins.ru. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок по территории РФ бесплатный).

Приложение 4
к Правилам накопительного страхования жизни
Образец 4 договора накопительного страхования жизни

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавая на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Договор смешанного страхования жизни по программе «ПРЕМЬЕР ЛАЙФ»

№ _____ (1) _____ от _____ (2) _____ г.

Настоящий Договор смешанного страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Страховщиком Обществом с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензия на осуществление страхования СЖ № 4079 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) и СЛ № 4079 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила №1) и Правил добровольного медицинского страхования от критических заболеваний (далее – Правила №2), утвержденных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

| | |
|---|--|
| Фамилия: _____ (3) | Адрес регистрации: _____ (17) |
| Имя: _____ (4) | Почтовый индекс: _____ (18) Город: _____ (19) |
| Отчество: _____ (5) | Область/регион: _____ (20) |
| Пол: _____ (6) Дата рождения: _____ (7) / ____ / ____ | № телефона: _____ (21) |
| Место рождения: _____ (8) | Адрес электронной почты: _____ (21-1) |
| Паспорт: серия _____ (9) номер _____ (10) Когда выдан: _____ (11) / ____ / ____ | Фактический Адрес (если отличается от адреса регистрации): _____ (22) |
| Кем выдан: _____ (12) | Почтовый индекс: _____ (23) Город: _____ (24) |
| Код подразделения: _____ (13) | Область/регион: _____ (25) |
| ИНН (при его наличии): _____ (14) | Для иностранных граждан или лиц без гражданства Данные миграционной карты: _____ (26) |
| Гражданство: _____ (15) | Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____ (27) |
| Является ли гражданин публичным должностным лицом ⁴ , его супругом, близким родственником: _____ (16) | Срок пребывания: с _____ (28) / ____ / ____ по _____ (29) / ____ / ____ |
| Счет: _____ (16-1) в ПАО РОСБАНК | |

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски:

1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования (далее – **Дожитие**);
2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение срока страхования, (далее – **Смерть ЛП**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
3. Установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности по любой причине в течение срока страхования по данному риску (далее – **Инвалидность ЛП 1,2**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;
4. Наступление в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты медицинских и иных услуг (далее – **Критические заболевания**), за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №2:
 - Диагностирование злокачественного новообразования, согласно п. 4.2.1. Правил №2;
 - Назначение операции по трансплантации костного мозга в целях лечения лимфомы и лейкоза, согласно п. 4.2.2. Правил №2;
 - Назначение кардиохирургической операции, согласно п. 4.2.3. Правил №2;
 - Назначение нейрохирургической операции, согласно п. 4.2.4 Правил №2.

Страховая сумма и страховая выплата:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма / Форма страхового возмещения |
|---------------------|------------------|---|
| Дожитие | | _____ рублей РФ, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Смерть ЛП | | Уплаченные Страхователем до наступления страхового случая страховые взносы, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля). |
| Инвалидность ЛП 1,2 | | _____ рублей РФ за вычетом уплаченных Страхователем до наступления страхового случая страховых взносов с учетом ограничений, определенных в п. 13.4 Правил №1. Стороны пришли к соглашению, что выплата осуществляется ежегодно в размере одного страхового взноса по Договору страхования в порядке и сроки, указанные в разделе "Страховая премия (страховые взносы)", в порядке взаимозачета суммы |

⁴ Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банка России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

| | |
|-------------------------|--|
| Критические заболевания | страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса, подлежащего оплате. Организация и оплата Медицинских и Иных услуг на территории: Российская Федерация, Израиль, Южная Корея, Сингапур, Европа (кроме Швейцарии), в пределах ___ рублей РФ и с учетом ограничений, определенных в п. 10.13 Правил №2. |
|-------------------------|--|

АССИСТАНС

Страховщик по истечении Свободного периода также организует для Застрахованного лица комплекс услуг, указанных ниже.

- **Медицинский консьерж:** консультирование по медицинским вопросам, организация медицинской помощи и доставки лекарств (медицинские услуги, стоимость доставки и стоимость лекарственных средств оплачивается Застрахованным самостоятельно и не возмещается Страховщиком), с целью экономии личного времени Застрахованного. Услуга предоставляется без ограничения по количеству обращений 7 дней в неделю, 24 часа в сутки в течение действия Договора страхования.
- **Профилактический осмотр для Застрахованного и иного лица, указанного Застрахованным:** комплекс исследований, обследований и консультаций Врачей, направленный на профилактику и раннее обнаружение заболеваний в соответствии с Программой профилактического осмотра, утвержденной Страховщиком. Программа профилактического осмотра (конкретный перечень исследований и врачебных консультаций) указывается на официальном сайте Страховщика: <https://www.sg-ins.ru/insurance/health>. Услуга предоставляется один раз в течение каждого очередного года действия Договора страхования. При этом в случае неявки Застрахованного лица на осмотр в согласованный с ним день и время, услуга считается оказанной.

Услуги оказываются Сервисной организацией Madanes Advanced Healthcare Services Ltd на основании договора со Страховщиком. Для получения услуг Застрахованному лицу необходимо обратиться по телефону 8-800-5116462 и следовать указаниям оператора. Звонок по территории РФ бесплатный.

Страховщик вправе в течение срока действия Договора страхования заменить Сервисную организацию, указанную выше, другой аналогичной Сервисной организацией. В этом случае Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо о новых контактных данных.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховая премия (страховые взносы): Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет 5 600 000 рублей РФ. Страховая премия уплачивается ежегодными равными страховыми взносами в размере 800 000 рублей РФ. Первый взнос должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика, указанный на последней странице Договора страхования, не позднее 5-го рабочего дня после даты заключения Договора страхования.

Очередные страховые взносы уплачиваются до начала каждого следующего года действия Договора страхования. При этом для уплаты очередного (кроме первого) страхового взноса Страхователю предоставляется льготный период, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме, при этом Договор страхования считается расторгнутым с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования и заключения отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем не требуется. Выкупная сумма выплачивается Страхователю с учетом положений раздела 9 Правил №1, если Сторонами не достигнуто соглашение об ином.

Срок действия Договора страхования: Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии в полном объеме. При этом оплата первого взноса после даты, указанной в подразделе «Страховая премия (страховые взносы)» настоящего раздела Договора страхования, не влечет для сторон юридических последствий (а именно, не влечет вступление в силу Договора страхования), а поступившая денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Страхование по рискам «Критические заболевания» и «Инвалидность ЛП 1,2» начинает действовать на 121 (сто двадцать первый) календарный день с момента заключения Договора страхования. Договор страхования прекращается в 23.59 (37) г.

Свободный период: Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения независимо от уплаты страховой премии и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Свободный период по Договору страхования составляет 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в Заявлении на отказ от Договора страхования.

Инвестиционный доход: Размер инвестиционного дохода по Договору страхования определяется согласно разделу 14 Правил №1.

Выкупная сумма: При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода возврата оплаченной страховой премии не производится, Страхователю выплачивается выкупная сумма. В дополнение к выкупной сумме выплачивается Инвестиционный доход, если его величина больше 0 (нуля). Выплата выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о расторжении Договора страхования.

| Год действия Договора страхования | Сумма уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в % от суммы уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в рублях РФ |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховым рискам Дожитие, Инвалидность ЛП 1,2 и Критические заболевания является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховому риску Смерть ЛП по Договору страхования Страхователем назначены следующие лица: В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ ПО СТРАХОВОМУ РИСКУ СМЕРТЬ ЛП НЕ НАЗНАЧЕН, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ ПО ЭТОМУ РИСКУ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОННЫЕ НАСЛЕДНИКИ СТРАХОВАТЕЛЯ.

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Я уведомлен и согласен, что в случае если я на момент заключения Договора страхования отношусь к одной из нижеперечисленных категорий, Договор страхования действует только в отношении рисков «Дожитие» и «Смерть ЛП».

Подписывая Договор страхования, я подтверждаю, что:

- не являюсь инвалидом, и документы на установление мне группы инвалидности не подавались;
- в настоящее время или в течение последних 10 лет не прохожу/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не нахожусь/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
 - рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
 - лейкоз (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
 - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
 - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина);
 - любые формы инсульта; любая форма диабета.
- не выкуриваю более 20 сигарет в день; не употребляю алкоголь более чем в день 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков (≥ 40 градусов);
- разница между моим ростом (в сантиметрах) и весом (в килограммах) находится в диапазоне от 80 до 120 (например: рост 180 см – Вес 70 кг = 110).

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки. Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора страхования и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений, имеющих существенное значение для определения страхового риска, в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора страхования недействительным.
- Я подтверждаю, что ко мне не применимо законодательство США о налогообложении иностранных счетов. Я подтверждаю, что являюсь налоговым резидентом только РФ. Я обязуюсь сообщать Страховщику сведения об изменении статуса налогового резидентства в срок не позднее 30 (тридцати) дней с момента изменений.
- Я уведомлен, что сообщение недостоверных сведений о налоговом резидентстве может повлечь отказ в проведении операций по Договору страхования в соответствии с законодательством РФ о проведении финансовых операций.
- Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных: адреса регистрации, фактического адреса и адреса электронной почты, в разделе «СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ» Договора страхования. Я обязуюсь получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и несу полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора страхования.
- Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора страхования, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре страхования, а также персональных данных о состоянии моего здоровья. Цели обработки ПДн:
 - заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования;
 - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
 - контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора страхования, по всем вопросам их предоставления.
- Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
 - Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маша Порываевой, д.34, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес - 115093 г. Москва, Серпуховский переулок д.7, стр.1, а также иным обработчиком (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
 - Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

- Я даю согласие на передачу Страховщику и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 информации о состоянии моего здоровья, в целях исполнения условий Договора по риску «Критические заболевания» и дополнительных услуг из раздела «Ассистанс».
- Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1 документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:
 - лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
- Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
- Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕН СТОРОНАМИ ПУТЕМ ПОДПИСАНИЯ ОДНОГО ДОКУМЕНТА. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор
Арно Бриэр де ла Оссерэ

Подпись/Печать

Страхователь

Договор страхования, Правила №1, Правила №2 Страхователем получены. С Правилами №1 и Правилами №2 ознакомлен и согласен. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора страхования, порядок начисления инвестиционного дохода и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанным в Договоре страхования номеру телефона и адресу электронной почты.

Дата: (2).

_____ / _____ /

ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ИНН: 7706625952, Р/с: 40701810897960000012 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: www.sg-ins.ru. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок по территории РФ бесплатный).

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Договор смешанного страхования жизни по программе «ПРЕМЬЕР ЛАЙФ»

№ _____ (1) _____ от _____ (2) _____ г.

Настоящий Договор смешанного страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Страховщиком Обществом с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензия на осуществление страхования СЖ № 4079 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) и СЛ № 4079 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила №1), утвержденных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

| | |
|--|---|
| Фамилия: _____ (3) | Адрес регистрации: _____ (17) |
| Имя: _____ (4) | Почтовый индекс: _____ (18) Город: _____ (19) |
| Отчество: _____ (5) | Область/регион: _____ (20) |
| Пол: _____ (6) Дата рождения: _____ (7) / ____ / ____ | № телефона: _____ (21) |
| Место рождения: _____ (8) | Адрес электронной почты: _____ (21-1) |
| Паспорт: серия _____ (9) номер _____ (10) Когда выдан: _____ (11) / ____ / ____ | Фактический Адрес (если отличается от адреса регистрации): _____ (22) |
| Кем выдан: _____ (12) | Почтовый индекс: _____ (23) Город: _____ (24) |
| Код подразделения: _____ (13) | Область/регион: _____ (25) |
| ИНН (при его наличии): _____ (14) | Для иностранных граждан или лиц без гражданства |
| Гражданство: _____ (15) | Данные миграционной карты: _____ (26) |
| Является ли гражданином публичным должностным лицом ⁵ , его супругом, близким родственником: _____ (16) | Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____ (27) |
| Счет: _____ (16-1) в ПАО РОСБАНК | Срок пребывания: с _____ (28) / ____ / ____ по _____ (29) / ____ / ____ |

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски:

1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования (далее – **Дожитие**);
2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение срока страхования, (далее – **Смерть ЛП**) за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил №1;

Страховая сумма и страховая выплата:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма / Форма страхового возмещения |
|----------------|------------------|---|
| Дожитие | | |
| Смерть ЛП | | |
| | | |
| | | |

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховая премия (страховые взносы): Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет _____ рублей РФ. Страховая премия уплачивается _____ страховыми взносами в размере _____ рублей РФ. Первый взнос должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика, указанный на последней странице Договора страхования, не позднее _____.

Срок действия Договора страхования: Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии в полном объеме.

Свободный период: Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения независимо от уплаты страховой премии и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Свободный период по Договору страхования составляет 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в Заявлении на отказ от Договора страхования.

⁵ Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банка России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

Инвестиционный доход:

Выкупная сумма: При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода возврат оплаченной страховой премии не производится, Страхователю выплачивается выкупная сумма.

| Год действия Договора страхования | Сумма уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в % от суммы уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в рублях РФ |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховым рискам Дожитие является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховому риску Смерть ЛП по Договору страхования Страхователем назначены следующие лица:

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ ПО СТРАХОВОМУ РИСКУ СМЕРТЬ ЛП НЕ НАЗНАЧЕН, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯМИ ПО ЭТОМУ РИСКУ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОННЫЕ НАСЛЕДНИКИ СТРАХОВАТЕЛЯ.

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки. Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора страхования и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений, имеющих существенное значение для определения страхового риска, в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора страхования недействительным.
- Я подтверждаю, что ко мне не применимо законодательство США о налогообложении иностранных счетов. Я подтверждаю, что являюсь налоговым резидентом только РФ. Я обязуюсь сообщать Страховщику сведения об изменении статуса налогового резидентства в срок не позднее 30 (тридцати) дней с момента изменений.
- Я уведомлен, что сообщение недостоверных сведений о налоговом резидентстве может повлечь отказ в проведении операций по Договору страхования в соответствии с законодательством РФ о проведении финансовых операций.
- Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных: адреса регистрации, фактического адреса и адреса электронной почты, в разделе «СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ» Договора страхования. Я обязуюсь получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и несу полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора страхования.
- Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора страхования, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре страхования, а также персональных данных о состоянии моего здоровья. Цели обработки ПДн:
 - заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования;
 - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
 - контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора страхования, по всем вопросам их предоставления.
- Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
 - Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
- Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях). Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

- Я даю согласие на передачу Страховщику информации о состоянии моего здоровья, в целях исполнения условий Договора по риску «Критические заболевания» и дополнительных услуг из раздела «Ассистанс».
- Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:
 - лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
- Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обработываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
- Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕН СТОРОНАМИ ПУТЕМ ПОДПИСАНИЯ ОДНОГО ДОКУМЕНТА. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор

Подпись/Печать

Страхователь

Договор страхования, Правила №1, Правила №2 Страхователем получены. С Правилами №1 и Правилами №2 ознакомлен и согласен. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора страхования, порядок начисления инвестиционного дохода и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанному в Договоре страхования номеру телефона и адресу электронной почты.

Дата: (2).

_____ / _____ /

ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ИНН: 7706625952, Р/с: 40701810897960000012 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 30101810000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: www.sg-ins.ru. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок по территории РФ бесплатный).

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Договор страхования жизни по программе « _____ »

Настоящий Договор страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Обществом с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензии на осуществление страхования СЖ № 4079 вид деятельности – добровольное страхование жизни и СЛ № 4079 вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни, выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила), утвержденных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

| | |
|---|--|
| Фамилия: _____ | Адрес регистрации: _____ |
| Имя: _____ | Почтовый индекс: _____ Город: _____ |
| Отчество: _____ | Область/регион: _____ |
| Пол: _____ Дата рождения: __/__/____ | № телефона: _____ |
| Место рождения: _____ | Адрес электронной почты: _____ |
| Паспорт: серия _____ номер _____ Когда выдан: __/__/____ | Фактический Адрес (если отличается от адреса регистрации): _____ |
| Кем выдан: _____ | _____ |
| Код подразделения: _____ | Почтовый индекс: _____ Город: _____ |
| ИНН (при его наличии): _____ | Область/регион: _____ |
| Гражданство: _____ | <u>Для иностранных граждан или лиц без гражданства</u> |
| Является ли гражданином публичным должностным лицом ⁶ , его супругом, близким родственником: _____ | Данные миграционной карты: _____ |
| Счет: _____ в ПАО РОСБАНК | Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____ |
| | Срок пребывания: с __/__/____ по __/__/____ |

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски:

1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования (далее – **Дожитие**);
2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение срока страхования, за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил (далее – **Смерть ЛП**);
3. Смерть Застрахованного лица, наступившая в результате несчастного случая в течение срока страхования, за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил (далее – **Смерть НС**);
4. Смерть Застрахованного лица, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия в течение срока страхования, за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил (далее – **Смерть ДТП**).

Страховая сумма и страховая выплата:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма/Порядок осуществления страховой выплаты |
|----------------|------------------|--|
| Дожитие | рублей РФ | _____ рублей РФ, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля), выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в течение 10 рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем. |
| Смерть ЛП | рублей РФ | _____ рублей РФ, выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в следующем порядке: _____ рублей РФ – в течение 10 рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем, _____ рублей, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля), – в течение 10 рабочих дней после даты прекращения Договора страхования, но не ранее даты признания заявленного события страховым случаем. |
| Смерть НС | рублей РФ | _____ рублей РФ, выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в течение 10 рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем |
| Смерть ДТП | рублей РФ | _____ рублей РФ, выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в течение 10 рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем |

В случае если событие можно классифицировать как страховой случай по нескольким страховым рискам, то выплата осуществляется по каждому страховому риску.

Стороны пришли к соглашению, что если на момент страхования Застрахованное лицо относится к следующим категориям лиц:

⁶ Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

- инвалид I или II группы,
 - инвалид с детства;
 - ВИЧ-инфицированный;
 - лицо, имеющее онкологическое, хроническое сердечно-сосудистое заболевание, сахарный диабет, заболевание нервной системы или опорно-двигательной системы, потребовавшее проведения стационарного лечения и/или неоднократных обращений к профильным специалистам с выдачей листа нетрудоспособности;
 - лицо, страдающее любыми заболеваниями/состояниями, сопровождающимися хронической почечной, печеночной недостаточностью, недостаточностью кровообращения, дыхательной и (или) легочно-сердечной недостаточностью,
- оно считается застрахованным только по рискам Дожитие, Смерть НС и Смерть ДТП со страховой премией, страховой суммой и порядком осуществления страховой выплаты, указанными в следующей таблице:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма/Порядок осуществления страховой выплаты |
|----------------|------------------|--|
| Дожитие | рублей РФ | _____ рублей РФ, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля), выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в течение 10 рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем. |
| Смерть НС | рублей РФ | _____ рублей РФ, выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в следующем порядке: _____ рублей РФ – в течение 10 рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем, _____ рублей, увеличенные на Инвестиционный доход по Договору страхования, если его величина больше 0 (нуля), – в течение 10 рабочих дней после даты прекращения Договора страхования, но не ранее даты признания заявленного события страховым случаем. |
| Смерть ДТП | рублей РФ | _____ рублей РФ, выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в течение NN рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем |

В случае если событие можно классифицировать как страховой случай по нескольким страховым рискам, то выплата осуществляется по каждому страховому риску.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховая премия (страховые взносы): Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет _____ рублей РФ. Страховая премия уплачивается равными страховыми взносами _____ в размере _____ рублей РФ. Первый страховой взнос должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика, указанный на последней странице Договора страхования, не позднее 5-го рабочего дня после даты заключения Договора страхования.

Очередные страховые взносы уплачиваются до ___/___/___ каждого года действия Договора страхования. При этом для уплаты очередного (кроме первого) страхового взноса Страхователю предоставляется льготный период, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с момента окончания предыдущего периода действия Договора страхования. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода Договор страхования считается расторгнутым с момента окончания предыдущего периода действия Договора страхования без заключения отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем. Выкупная сумма выплачивается Страхователю с учетом положений раздела 9 Правил, если Сторонами не достигнуто соглашение об ином.

Срок действия Договора страхования: Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии за первый период действия Договора страхования в полном объеме. При этом оплата первого взноса после даты, указанной в подразделе «Страховая премия (страховые взносы)» настоящего раздела Договора страхования, не влечет для сторон юридических последствий (а именно, не влечет вступление в силу Договора страхования), а поступившая денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Договор страхования прекращается в 23.59 ___ г.

Свободный период: Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения независимо от уплаты страховой премии и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Свободный период по Договору страхования составляет 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в Заявлении на отказ от Договора страхования.

Инвестиционный доход: Размер инвестиционного дохода по Договору страхования определяется согласно разделу 14 Правил.

Выкупная сумма: При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода возврат оплаченной страховой премии не производится, Страхователю выплачивается выкупная сумма. В дополнение к выкупной сумме выплачивается Инвестиционный доход, если его величина больше 0 (нуля). Выплата выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о расторжении Договора страхования.

| Год действия Договора страхования | Выкупная сумма в % от суммы уплаченных страховых взносов | Выкупная сумма в рублях РФ | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховому риску Дожитие является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховым рискам Смерть ЛП, Смерть НС, Смерть ДТП Страхователем назначены следующие лица:

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ ПО СТРАХОВЫМ РИСКАМ СМЕРТЬ ЛП, СМЕРТЬ НС, СМЕРТЬ ДТП НЕ НАЗНАЧЕН, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ ПО ДАННЫМ СТРАХОВЫМ РИСКАМ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОННЫЕ НАСЛЕДНИКИ СТРАХОВАТЕЛЯ.

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки. Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора страхования и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений, имеющих существенное значение для определения страхового риска, в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора страхования недействительным.
 - Я подтверждаю, что ко мне не применимо законодательство США о налогообложении иностранных счетов.
-
- Я обязуюсь сообщать Страховщику сведения об изменении статуса налогового резидентства в срок не позднее 30 дней с момента изменений.
 - Я уведомлен, что сообщение недостоверных сведений о налоговом резидентстве может повлечь отказ в проведении операций по Договору страхования в соответствии с законодательством РФ о проведении регистрации финансовых операций.
 - Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных: адреса регистрации, фактического адреса и адреса электронной почты, в разделе «СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ» Договора страхования. Я обязуюсь получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и несу полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора страхования.
 - Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора страхования, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре страхования, а также персональных данных о состоянии моего здоровья. Цели обработки ПДн:
 - заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования;
 - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
 - контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора страхования, по всем вопросам их предоставления.
 - Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
 - Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных _____, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
 - Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях). Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.
 - Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:
 - лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
 - Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

- Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор
Арно Бриэр де ла Оссерэ

Подпись/Печать

Страхователь

Договор страхования и Правила Страхователем получены. С Правилами ознакомлен и согласен. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора страхования, порядок начисления инвестиционного дохода и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанным в Договоре страхования номеру телефона и адресу электронной почты.

Дата

_____/_____/_____

ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ИНН: 7706625952, Р/с: 40701810987360000137 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: www.sg-ins.ru. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок на территории РФ бесплатный).

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавая на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Договор страхования жизни по программе « _____ »

Настоящий Договор страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Обществом с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензии на осуществление страхования СЖ № 4079 вид деятельности – добровольное страхование жизни и СЛ № 4079 вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни, выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила), утвержденных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ

| | |
|--|---|
| Фамилия: _____ | Адрес регистрации: _____ |
| Имя: _____ | Почтовый индекс: _____ Город: _____ |
| Отчество: _____ | Область/регион: _____ |
| Пол: _____ Дата рождения: __/__/____ | № телефона: _____ |
| Место рождения: _____ | Адрес электронной почты: _____ |
| Паспорт: серия _____ номер _____ Когда выдан: / __/ __ | Фактический Адрес (если отличается от адреса регистрации): _____ |
| Кем выдан: _____ | _____ |
| Код подразделения: _____ | Почтовый индекс: _____ Город: _____ |
| ИНН (при его наличии): _____ | Область/регион: _____ |
| Гражданство: _____ | <u>Для иностранных граждан или лиц без гражданства</u> |
| Является ли гражданином публичным должностным лицом ⁷ , его супругом, близким родственником: _____ | Данные миграционной карты: _____ |
| Счет: _____ в ПАО РОСБАНК | Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____ |
| | Срок пребывания: с / __/ __ по / __/ __ |

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховые риски:

1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования (далее – **Дожитие**);
2. Смерть Застрахованного лица, наступившая по любой причине в течение срока страхования, за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил (далее – **Смерть ЛП**);

Страховая сумма и страховая выплата:

| Страховой риск | Страховая премия | Страховая сумма/Порядок осуществления страховой выплаты |
|----------------|------------------|---|
| Дожитие | рублей РФ | |
| Смерть ЛП | рублей РФ | |

В случае если событие можно классифицировать как страховой случай по нескольким страховым рискам, то выплата осуществляется по каждому страховому риску.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховая премия (страховые взносы): Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет _____ рублей РФ.

Срок действия Договора страхования: Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии за первый период действия Договора страхования в полном объеме.

Свободный период: Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения независимо от уплаты страховой премии и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Свободный период по Договору страхования составляет 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в Заявлении на отказ от Договора страхования.

Выкупная сумма: При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода возврат оплаченной страховой премии не производится, Страхователю выплачивается выкупная сумма.

| Год действия Договора | Выкупная сумма в % от суммы уплаченных | Выкупная сумма в рублях РФ | | |
|-----------------------|--|----------------------------|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

⁷ Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банка России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

| | | | | | |
|-------------|-------------------|--|--|--|--|
| страхования | страховых взносов | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховому риску Дожитие является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховым рискам Смерть ЛП назначены следующие лица:

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ ПО СТРАХОВЫМ РИСКАМ СМЕРТЬ ЛП ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ ПО ДАННЫМ СТРАХОВЫМ РИСКАМ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОННЫЕ НАСЛЕДНИКИ СТРАХОВАТЕЛЯ.

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

- Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ

Страховщик

Генеральный директор
Арно Бриэр де ла Оссерэ

Подпись/Печать

Страхователь

Договор страхования и Правила Страхователем получены. С Правилами ознакомлен и согласен. Все положения Договора страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора страхования, порядок начисления инвестиционного дохода и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанным в Договоре страхования номеру телефона и адресу электронной почты.
Дата

_____ / _____ /

ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ИНН: 7706625952, Р/с: 40701810987360000137 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: www.sg-ins.ru. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок на территории РФ бесплатный).

Образец заявления на возврат страховой премии по договору страхования в течение свободного периода
Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

В
ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование
Жизни»
105064, Российская Федерация, город Москва,
ул. Земляной Вал, д. 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-б.
(адрес Страховщика)
от _____
(ФИО Страхователя)

(паспортные данные и место жительства)

(_____)
(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

на возврат страховой премии по договору страхования в течение Свободного периода

Настоящим, я _____
(указываются Ф.И.О. (полностью) Страхователя)

- требую возврата страховой премии в полном объеме по договору страхования №

_____ от _____
(указываются номер и дата договора страхования)

(далее также – «договор страхования»).

Проставляя ниже свою подпись, я подтверждаю, что требования о страховой выплате по договору страхования мной (от моего имени и в моем интересе) не предъявлялись. Кроме того, я осознаю, что права предусмотренные договором, считаются не возникшими, в связи с чем я признаю и понимаю невозможность предъявления в дальнейшем требований о страховой выплате.

В связи с вышеуказанным, прошу произвести возврат страховой премии в на следующих условиях:

1. Форма выплаты: безналичный расчет
2. Платежные реквизиты (для безналичных расчетов):

| | |
|--------------------------------|--|
| Получатель, ФИО | |
| Банк получателя | |
| БИК | |
| Кор/счет | |
| Номер счета получателя средств | |

Приложения: 1. Договор страхования (ксерокопия).

« _____ » _____ Г.

ЗАЯВЛЕНИЕ
о расторжении Договора страхования

Настоящим, я

_____ (указываются Ф.И.О. (полностью) Страхователя)

Прошу расторгнуть Договор страхования №

от _____

(указываются номер и дата договора страхования)

(далее также – «Договор страхования»).

Проставляя ниже свою подпись, я подтверждаю, что требования о страховой выплате по Договору страхования мной (от моего имени и в моем интересе) не предъявлялись. Кроме того, я осознаю, что страхование, предусмотренное Договором страхования, считается прекращенным с даты досрочного расторжения договора страхования, в связи с чем я признаю и понимаю невозможность предъявления в дальнейшем требований о страховой выплате и согласен с этим. В связи с досрочным прекращением Договора страхования, прошу произвести мне выплату выкупной суммы в указанный в Договоре страхования срок на следующих условиях:

1. Форма выплаты: безналичный расчет
2. Платежные реквизиты (для безналичных расчетов):

| | |
|--------------------------------|--|
| Получатель, ФИО | |
| Банк получателя | |
| БИК | |
| Корр.счет | |
| Номер счета получателя средств | |

Приложения: 1. Договор страхования (ксерокопия).

« ____ » _____ Г.

/
/

(подпись)

(ФИО)

Заполняется представителем Страховщика

Отметки о получении Заявления:

принято «___» _____

_____ г.

Подпись, Ф.И.О., должность ответственного сотрудника: _____

(_____)

М.П.

Заполняется Страховщиком:

Отметки о получении Заявления: входящий номер: _____ от «___»

_____ г.

Заявка RTS: _____

Сумма к возврату _____

(_____)

Подпись, Ф.И.О., должность работника Страховщика: _____

(_____)

Приложение 10
к Правилам накопительного страхования жизни
Образец заявления о замене выгодоприобретателя

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

В ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни»

от _____
(Ф.И.О. страхователя полностью)

адрес места жительства: _____,
телефон: _____,
эл. адрес: _____

Заявление (уведомление)
о замене выгодоприобретателя, названного
в Договоре страхования

На основании ст. 956 Гражданского кодекса РФ я заявляю (уведомляю) о замене Выгодоприобретателей по Договору страхования № _____ (5) _____. С момента подачи настоящего заявления (указать номер Договора страхования)

Выгодоприобретателями по данному Договору страхования назначаются:

| № | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Доля в % | Родственная связь (если применимо) | Паспортные данные, данные Свидетельства о рождении (для детей до 14 лет) |
|---|-------------------------|---------------|----------|------------------------------------|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Я подтверждаю, что до момента подачи настоящего заявления (уведомления) Выгодоприобретатели никаких обязанностей по Договору страхования № _____ от «___» _____ г. не выполняли, (указать номер Договора страхования)

требование в ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» о выплате страхового возмещения не предъявляли.

«___» _____ 20__ г.

(подпись Страхователя)

Образец заявления на страховую выплату по страховому риску «Дожитие»

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

В
ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ
Страхование Жизни»

105064, г. Москва, ул. Земляной Вал,
д.9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6.

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату по страховому риску «Дожитие»
по Договору смешанного страхования жизни по программе _____

№ _____ от _____ г.,

заключенному на основании Правил накопительного страхования жизни

Прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением страхового события «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования»:

| |
|--|
| ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО: |
| Ф. И. О. (полностью): _____ |
| Паспортные данные: _____ |
| Дата рождения: _____ |
| Контактный телефон: _____ e-mail: _____ |
| <i>Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.</i> |
| ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА СТРАХОВАНИЯ |
| |
| СТРАХОВАЯ СУММА, УКАЗАННАЯ В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ |
| |
| ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ (к заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие наступление события, имеющего признаки страхового случая, и право на получение страховой выплаты): |
| |

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (при личном посещении офиса Страховщика или офиса представителя Страховщика)

Удостоверение факта дожития Застрахованного лица Страховщиком:

Настоящим подтверждаю, что Застрахованное лицо (указать полностью Ф. И. О. Застрахованного лица, паспортные данные, дату рождения) _____

лично явилось в офис Страховщика. Настоящим подтверждаю, что копия паспорта Застрахованного лица сделана с оригинала паспорта, предоставленного Застрахованным лицом при личной явке в офис.

Ф. И. О. сотрудника Страховщика: _____

Дата _____ Подпись сотрудника Страховщика _____

Удостоверение факта дожития Застрахованного лица представителем Страховщика:

Настоящим подтверждаю, что Застрахованное лицо (указать полностью Ф. И. О. Застрахованного лица, паспортные данные, дату рождения) _____

лично явилось в офис представителя Страховщика. Настоящим подтверждаю, что копия паспорта Застрахованного лица сделана с оригинала паспорта, предоставленного Застрахованным лицом при личной явке в офис.

Ф. И. О. сотрудника: _____

Дата _____ Подпись сотрудника _____

М.П.

СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

Получатель страховой выплаты - Выгодоприобретатель (указать Ф. И. О. / название юрлица):

РЕКВИЗИТЫ (указать для перечисления страховой выплаты, все поля обязательные):

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Наименование Банка получателя | | | | | | | | | | | | | |
| Корреспондентский счет Банка получателя | | | | | | | | | | | | | |
| Расчетный счет получателя (при наличии л/с указать р/с Банка) | | | | | | | | | | | | | |
| БИК Банка получателя | | | | | | | | | | | | | |
| КПП получателя (только для юрлиц) | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН получателя (только для юрлиц) | | | | | | | | | | | | | |

Адрес регистрации: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Адрес фактический: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: _____ e-mail _____

Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.

Данные миграционной карты (для иностранных граждан): _____

серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ _____

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан, срок действия

Является ли Заявитель/Представитель публичным должностным лицом*, (далее - ПДЛ), супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?

ДА НЕТ

Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия Заявителя/Представителя:

В случае если персональные данные Застрахованного лица изменились с момента оформления договора страхования, необходимо дополнительно заполнить Уведомление об изменении данных, содержащихся в Договоре страхования.

- Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34 (далее – Банк), ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес - 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.
- Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. В частности, я согласен на получение Страховщиком сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: в любых государственных органах и органах местного самоуправления, у юридических и физических лиц, в прокуратуре и иных правоохранительных органах, органах ЗАГС (иных компетентных органах), которым Страховщик вправе направлять запросы о

предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования, Правилами страхования или законодательством РФ.

Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

* Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее 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 РФ или Правительством РФ, должности в Центральном Банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА

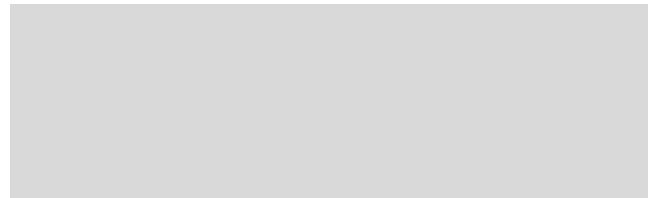
| | |
|--|---|
| ФИО | _____ |
| В случае, если Вы являетесь российским публичным должностным лицом (РПДЛ), укажите категорию занимаемой (замещаемой) должности: | <input type="checkbox"/> государственные должности РФ, <input type="checkbox"/> должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, <input type="checkbox"/> должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, <input type="checkbox"/> должности в Центральном банке РФ, должности государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. |
| В случае, если Вы являетесь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), укажите категорию занимаемой должности: | <input type="checkbox"/> глава государства (в т.ч. правящие королевские династии) или правительства; <input type="checkbox"/> министр, их заместитель и помощник; <input type="checkbox"/> высший правительственный чиновник; <input type="checkbox"/> должностное лицо судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция; <input type="checkbox"/> государственный прокурор и его заместитель; <input type="checkbox"/> высший военный чиновник; <input type="checkbox"/> руководитель и член Советов директоров Национального Банка; <input type="checkbox"/> посол; <input type="checkbox"/> руководитель государственных корпораций; <input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа; <input type="checkbox"/> руководитель, заместитель руководителей международных организаций <input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа. <input type="checkbox"/> член ООН, ОЭСР, ОПЕК, Олимпийского комитета, Всемирного Банка, член Европарламента и др.; <input type="checkbox"/> член международных судебных организаций – Суд по правам человека, Гаагский трибунал и другие. |
| В случае если Вы являетесь должностным лицом публичной международной организации (МПДЛ), укажите принадлежность к соответствующей международной организации: | <input type="checkbox"/> региональные публичные организации – Совет Европы, институт Европейского Союза, Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе и Организации американских государств и др.); <input type="checkbox"/> военные международные организации – НАТО и др.; <input type="checkbox"/> экономические организации – Всемирная торговая организация или АСЕАН и др.; <input type="checkbox"/> иное: _____ |
| При выборе хотя бы одной из вышеперечисленных категорий, укажите следующие сведения: | Должность: _____ Наименование работодателя: _____ Адрес работодателя: _____ |

| | | |
|--|--|---|
| <p>В случае если Вы являетесь родственником публичного должностного лица, укажите:</p> <p>степень родства</p> <p>ФИО и должность родственника, являющегося публичным должностным лицом</p> | <input type="checkbox"/> Супруг/Супруга <input type="checkbox"/> Отец/Мать <input type="checkbox"/> Сын/Дочь ФИО _____ Должность _____ | <input type="checkbox"/> Брат/Сестра (в том числе неполнородные) <input type="checkbox"/> Внук/Внучка <input type="checkbox"/> Иное: _____ |
| <p>Укажите источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) Вами в оплату договора страхования, заключенного с ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни»</p> | <input type="checkbox"/> Зарботная плата <input type="checkbox"/> Пенсия <input type="checkbox"/> Наследство <input type="checkbox"/> Личные сбережения | <input type="checkbox"/> Процентный доход по вкладам (ценным бумагам) <input type="checkbox"/> Доходы от предпринимательской деятельности <input type="checkbox"/> Иные доходы: _____ |
| <p>Подпись клиента</p> <p>Дата</p> | <hr/> | |

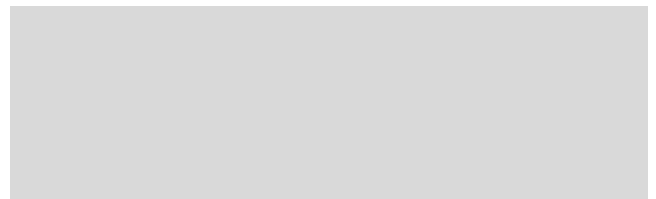
декларация налогового резидентства (далее «Декларация»)

Настоящим я, / Hereby I,

ФИО/name



паспортные данные/ passport details



информирую ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» о том, что на дату подписания Декларации являюсь налоговым резидентом как указано ниже

| | |
|--|--|
| <p>Страна налогового резидентства</p> <p>(указать все страны без исключения)</p> | <p>ИНН в стране налогового резидентства</p> <p>(или код причины отсутствия – по справочнику)</p> |
|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

СПРАВОЧНО:

Код причины отсутствия ИНН в стране налогового резидентства (не применять для РФ!)

| Код причины | | Описание причины |
|-------------|---|---|
| 1 | «ИНН не присваивается» | Законодательством данной страны (территории) не предусмотрено присвоение ИНН для налоговых резидентов |
| 2 | «ИНН не получен/ не обязателен к раскрытию» | Присвоение ИНН предусмотрено налоговым законодательством страны (территории) налогового резидентства. Однако законодательные нормы не требуют от налогового резидента получить сведения о присвоенном ему ИНН или аналогичном коде/ идентификаторе налогоплательщика. |
| 3 | «Иные основания отсутствия ИНН» | Иные причины (кроме указанных выше) невозможности получить/ не получения ИНН или аналогичного кода/ идентификатора налогоплательщика. Обязательно. Дать письменное разъяснение о сути «иного основания» |

Я уведомлен, что указанные обстоятельства имеют существенное значение для заключения Договора страхования и подтверждаю, что все предоставленные мной в данной Декларации сведения являются достоверными и полными без попытки сознательного изъятия или утаивания.

Я обязуюсь с момента соответствующего изменения (1) в срок, не превышающий 30 календарных дней, информировать ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» обо всех изменениях статуса моего налогового резидентства, а также иных сведений, относящихся к данной Декларации, и, (2) предоставлять уточненную (обновленную) Декларацию в срок, не позднее 90 календарных дней, (3) в установленные сроки по запросу ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» предоставлять уточнение и/или объяснение сведений и/или иную дополнительную информацию

Я даю свое информированное согласие на предоставление сведений, отраженных в указанной Декларации, в налоговые и иные уполномоченные органы в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе, на основании межгосударственных соглашений, на передачу сведений в налоговые и иные уполномоченные органы иностранных государств (территорий) в соответствии с моим налоговым резидентством.

Я уведомлен, что отказ от предоставления согласия на передачу информации в уполномоченные органы или отказ от предоставления уточненных сведений в рамках Декларации может в соответствии с законодательством Российской Федерации повлечь отказ от совершения операций по договору страхования.

ОПРОСНИК ДЛЯ КЛИЕНТОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ В ЦЕЛЯХ FATCA

Уважаемый клиент! В целях реализации требований Федерального закона от 28/06/2014 173-ФЗ и законодательства США о налогообложении иностранных счетов (Foreign account tax compliance act, FATCA) ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» обращается к Вам с просьбой

- заполнить все пункты данного Опросника по порядку, если только в комментариях к ним не указано иное
- если ответ на вопрос предполагает предоставление дополнительных документов или указание сведений, приложить все запрошенные документы в оригинале или должным образом заверенной копии и/или указать сведения в полном объеме

Просим предоставить документы и сведения в 30-дневный срок.

В случае невозможности предоставления запрашиваемой информации и документов в установленные сроки просим незамедлительно обратиться в Компанию для согласования индивидуальных сроков. Просим обратить внимание, что срок для предоставления документов не может превышать 90 дней с даты первичного запроса.

Информируем Вас, что в соответствии с законодательством РФ в случае непредоставления Вами запрошенных документов и сведений в установленные сроки Компания имеет законное право отклонить ваши транзакции с возможностью последующего расторжения договора страхования

Дата

заполнения

1. Фамилия

2. Имя

3. Отчество (при наличии)

4. Дата рождения

5. Являетесь ли Вы гражданином США (в том числе, при наличии двух или более гражданств)? да нет

При ответе «да» перейдите к пункту 11

6. Имеется ли у Вас вид на жительство в США (форма I 551 "Green Card") да нет

При ответе «да» перейдите к пункту 11

7. Является ли местом Вашего рождения территория США? да нет

При ответе 7.1 Вы отказались от гражданства США? да нет
«да»:

При ответе «нет» ответ на вопрос 5 должен быть «да».

Пожалуйста, удостоверьтесь и перейдите к пункту 11

При ответе «да» предоставьте:

- копию свидетельства, подтверждающего отказ от гражданства США (Certificate of Loss of Nationality of the United States, form DS 4083) да нет
- иной документ-основание/заявление, да нет

**подтверждающие отсутствие
гражданства США**

8. Соответствуете ли Вы критериям долгосрочного пребывания в США? да нет

(Физическое лицо признается налоговым резидентом США по основанию «долгосрочного пребывания», если оно находилось на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3-х лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории США в текущем году, а также двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент: коэффициент для текущего года равен 1 (т.е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году); коэффициент предшествующего года равен – 1/3; коэффициент позапрошлого года равен - 1/6. Налоговыми резидентами США не признаются учителя, студенты, стажеры, временно присутствующие на территории США на основании виз F, J, M, Q.)

9. Имеется ли у Вас адрес проживания или почтовый адрес в США? да нет

10. Имеете ли вы *основной* номер контактного телефона на территории США? да нет

11. Подтвердите: Вы являетесь налоговым резидентом США? да нет

При ответе «да» укажите следующую информацию/ предоставьте сведения:

- Да , я являюсь гражданином США Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №5
- Я являюсь налоговым резидентом США Да , у меня имеется разрешение на постоянное пребывание/вид на жительство в США Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №6

Да , я соответствую критериям долгосрочного пребывания Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №8

SSN (Social Security Number – Номер социального страхования США) _____
- Являясь налоговым резидентом США, я предоставляю Да , **и(ли)** ITIN (individual Taxpayer Identification Number – индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика США) _____

Да , ФИО на английском языке в соответствии с документом, удостоверяющим личность _____
- Являясь налоговым резидентом США, я выражаю свое **согласие** на передачу информации в соответствии с требованиями законодательства РФ и FATCA в налоговые органы США и уполномоченные органы РФ. да нет

Я проинформирован(а), что в случае моего отказа ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» имеет право расторгнуть в одностороннем порядке действующий договор страхования или отказать в заключении иных договоров страхования.

Гарантии и заверения.

| | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да, | <i>я подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, является достоверной, и я не возражаю против дополнительной проверки</i> |
| <input type="checkbox"/> Да, | <i>я понимаю, что предоставление ложных, противоречивых или заведомо</i> |

| | |
|------------------------------|--|
| | <i>недостовверных сведений о себе может повлечь ответственность и применение мер в соответствии с применимым законодательством, в том числе, отказ в проведении операций и расторжение договора.</i> |
| <input type="checkbox"/> Да, | <i>я обязуюсь, в случае изменения любых сведений, указанных в настоящей форме, предоставить обновленную информацию в ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» не позднее 30 календарных дней с момента изменения сведений.</i> |

Приложение 12
к Правилам накопительного страхования жизни
Образец заявления на выплату страхового возмещения»

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

**В
ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ
Страхование Жизни»**

**105064, г. Москва, ул. Земляной Вал,
д.9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6.**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
на выплату страхового возмещения**

по Договору смешанного страхования жизни по программе _____

№ _____ от _____ г.,

Заключенному на основании Правил накопительного страхования жизни

Прошу выплатить страховое возмещение в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая:

| |
|---|
| СОБЫТИЕ, ИМЕЮЩЕЕ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ <i>(указать Страховой риск: наименование страхового риска, дата наступления события, имеющего признаки страхового случая)</i> |
| |
| ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО: |
| Ф.И.О. (полностью): _____ |
| Паспортные данные: _____ |
| Дата рождения: _____ |
| Контактный телефон: _____ e-mail: _____ |

ПРИЧИНЫ И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ (*К заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие наступление события, имеющего признаки страхового случая, и право на получение страховой выплаты*)

СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА:

Получатель страховой выплаты - Выгодоприобретатель (указать Ф.И.О./наименование юрлица):

Реквизиты (указать для перечисления страховой выплаты, все поля обязательные):

| | |
|---|--|
| Наименование Банка получателя | |
| Корреспондентский счет Банка получателя | |
| Расчетный счет получателя (при наличии л/с указать р/с Банка) | |
| БИК Банка получателя | |
| КПП получателя (только для юрлиц) | |
| ИНН получателя (только для юрлиц) | |
| № лицевого счета получателя (20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт счет) | |
| Данные Выгодоприобретателя | |
| Ф.И.О. (полностью)/ наименование юрлица: _____ | |
| ИНН юрлица: _____ ОГРН юрлица: _____ | |
| Дата рождения: _____ Место рождения: _____ Гражданство: _____ | |
| Документ, удостоверяющий личность: _____ <i>наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан</i> | |
| _____ | |
| Адрес регистрации / место нахождения юрлица согласно учредительным документам: _____ _____ | |
| <i>индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира</i> | |
| _____ | |
| Адрес фактический / адрес юрлица для корреспонденции: _____ | |
| _____ | |

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: _____ e-mail: _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан):

серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан, срок действия

Является ли Выгодоприобретатель публичным должностным лицом* (далее - ПДЛ), супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ? ДА НЕТ

Данные Заявителя/Представителя **

(заполняется, если он не является Выгодоприобретателем и/или действует от его имени и в его интересах)

Ф.И.О. (полностью): _____

Дата рождения: _____ Место рождения: _____ Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Адрес регистрации: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Адрес фактический: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: _____ e-mail: _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан): _____

серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ _____

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан, срок действия

Является ли Заявитель/Представитель публичным должностным лицом*, (далее - ПДЛ), супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?

ДА НЕТ

Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия Заявителя/
Представителя:

В случае если заявление на выплату страхового возмещения подается в связи с установлением Застрахованному лицу инвалидности и персональные данные Застрахованного лица изменились с момента оформления договора страхования, необходимо дополнительно заполнить Уведомление об изменении данных, содержащихся в Договоре страхования.

В целях осуществления выплаты страховой суммы по Договору страхования даю своё согласие Страховщику осуществлять обработку моих персональных данных, а также поручить обработку моих персональных данных (фамилия, имя и отчество, пол, дата и место рождения, паспортные данные, гражданство, номер миграционной карты, адреса мест регистрации и проживания, номер телефона, ИНН, сведения о банковской карте, номер банковского счёта) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку персональных данных (далее ПДн) Страхователя\Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, перестрахования, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением страховой услуги, Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. В частности, я согласен на получение Страховщиком сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: в любых государственных органах и органах местного самоуправления, у юридических и физических лиц, в прокуратуре и иных правоохранительных органах, органах ЗАГС (иных компетентных органах), которым Страховщик вправе направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования, Правилами страхования или законодательством РФ.

Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

* Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

** Полномочия Представителя Выгодоприобретателя-юрлица должны быть подтверждены:

- приложением доверенности (ее копии) с соответствующими полномочиями – для юридических и физических лиц;

- ссылкой на Устав (если применимо), предусматривающего соответствующие полномочия – для юридических лиц.

ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА

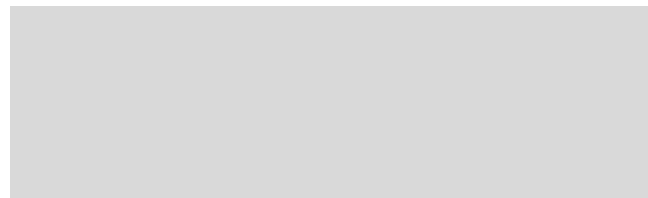
| | |
|--|---|
| ФИО | _____ |
| В случае, если Вы являетесь российским публичным должностным лицом (РПДЛ), укажите категорию занимаемой (замещаемой) должности: | <input type="checkbox"/> государственные должности РФ, <input type="checkbox"/> должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, <input type="checkbox"/> должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, <input type="checkbox"/> должности в Центральном банке РФ, должности государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. |
| В случае, если Вы являетесь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), укажите категорию занимаемой должности: | <input type="checkbox"/> глава государства (в т.ч. правящие королевские династии) или правительства; <input type="checkbox"/> министр, их заместитель и помощник; <input type="checkbox"/> высший правительственный чиновник; <input type="checkbox"/> должностное лицо судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция; <input type="checkbox"/> государственный прокурор и его заместитель; <input type="checkbox"/> высший военный чиновник; <input type="checkbox"/> руководитель и член Советов директоров Национального Банка; <input type="checkbox"/> посол; <input type="checkbox"/> руководитель государственных корпораций; <input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа; <input type="checkbox"/> руководитель, заместитель руководителей международных организаций <input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа. <input type="checkbox"/> член ООН, ОЭСР, ОПЕК, Олимпийского комитета, Всемирного Банка, член Европарламента и др.; <input type="checkbox"/> член международных судебных организаций – Суд по правам человека, Гаагский трибунал и другие. |
| В случае если Вы являетесь должностным лицом публичной международной организации (МПДЛ), укажите принадлежность к соответствующей международной организации: | <input type="checkbox"/> региональные публичные организации – Совет Европы, институт Европейского Союза, Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе и Организации американских государств и др.); <input type="checkbox"/> военные международные организации – НАТО и др.; <input type="checkbox"/> экономические организации – Всемирная торговая организация или АСЕАН и др.; <input type="checkbox"/> иное: _____ |
| При выборе хотя бы одной из вышеперечисленных категорий, укажите следующие сведения: | Должность: _____ Наименование работодателя: _____ Адрес работодателя: _____ |

| | |
|--|--|
| <p>В случае если Вы являетесь родственником публичного должностного лица, укажите:</p> <p>степень родства</p> <p>ФИО и должность родственника, являющегося публичным должностным лицом</p> | <p><input type="checkbox"/>Супруг/Супруга <input type="checkbox"/>Брат/Сестра (в том числе неполнородные)</p> <p><input type="checkbox"/>Отец/Мать <input type="checkbox"/>Внук/Внучка</p> <p><input type="checkbox"/>Сын/Дочь <input type="checkbox"/>Иное: _____</p> <p>ФИО _____</p> <p>Должность _____</p> |
| <p>Укажите источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) Вами в оплату договора страхования, заключенного с ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни»</p> | <p><input type="checkbox"/>Заработная плата <input type="checkbox"/>Процентный доход по вкладам (ценным бумагам)</p> <p><input type="checkbox"/>Пенсия <input type="checkbox"/>Доходы от предпринимательской деятельности</p> <p><input type="checkbox"/>Наследство <input type="checkbox"/>Иные доходы: _____</p> <p><input type="checkbox"/>Личные сбережения</p> |
| <p>Подпись клиента</p> <p>Дата</p> | <p>_____</p> |

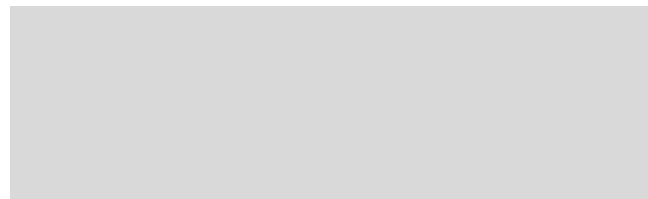
декларация налогового резидентства (далее «Декларация»)

Настоящим я, / Hereby I,

ФИО/name



паспортные данные/ passport details



информирую ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» о том, что на дату подписания Декларации являюсь налоговым резидентом как указано ниже

| | |
|--|--|
| <p>Страна налогового резидентства</p> <p>(указать все страны без исключения)</p> | <p>ИНН в стране налогового резидентства</p> <p>(или код причины отсутствия – по справочнику)</p> |
|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

СПРАВОЧНО:

Код причины отсутствия ИНН в стране налогового резидентства (не применять для РФ!)

| Код причины | | Описание причины |
|-------------|---|---|
| 1 | «ИНН не присваивается» | Законодательством данной страны (территории) не предусмотрено присвоение ИНН для налоговых резидентов |
| 2 | «ИНН не получен/ не обязателен к раскрытию» | Присвоение ИНН предусмотрено налоговым законодательством страны (территории) налогового резидентства. Однако законодательные нормы не требуют от налогового резидента получить сведения о присвоенном ему ИНН или аналогичном коде/ идентификаторе налогоплательщика. |
| 3 | «Иные основания отсутствия ИНН» | Иные причины (кроме указанных выше) невозможности получить/ не получения ИНН или аналогичного кода/ идентификатора налогоплательщика. Обязательно. Дать письменное разъяснение о сути «иного основания» |

Я уведомлен, что указанные обстоятельства имеют существенное значение для заключения Договора страхования и подтверждаю, что все предоставленные мной в данной Декларации сведения являются достоверными и полными без попытки сознательного изъятия или утаивания.

Я обязуюсь с момента соответствующего изменения (1) в срок, не превышающий 30 календарных дней, информировать ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» обо всех изменениях статуса моего налогового резидентства, а также иных сведений, относящихся к данной Декларации, и, (2) предоставлять уточненную (обновленную) Декларацию в срок, не позднее 90 календарных дней, (3) в установленные сроки по запросу ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» предоставлять уточнение и/или объяснение сведений и/или иную дополнительную информацию

Я даю свое информированное согласие на предоставление сведений, отраженных в указанной Декларации, в налоговые и иные уполномоченные органы в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе, на основании межгосударственных соглашений, на передачу сведений в налоговые и иные уполномоченные органы иностранных государств (территорий) в соответствии с моим налоговым резидентством.

Я уведомлен, что отказ от предоставления согласия на передачу информации в уполномоченные органы или отказ от предоставления уточненных сведений в рамках Декларации может в соответствии с законодательством Российской Федерации повлечь отказ от совершения операций по договору страхования.

Подпись/Signature

ФИО/name

«
»

20

ОПРОСНИК ДЛЯ КЛИЕНТОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ В ЦЕЛЯХ FATCA

Уважаемый клиент! В целях реализации требований Федерального закона от 28/06/2014 173-ФЗ и законодательства США о налогообложении иностранных счетов (Foreign account tax compliance act, FATCA) ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» обращается к Вам с просьбой

- *заполнить все пункты данного Опросника по порядку, если только в комментариях к ним не указано иное*
- *если ответ на вопрос предполагает предоставление дополнительных документов или указание сведений, приложить все запрошенные документы в оригинале или должным образом заверенной копии и/или указать сведения в полном объеме*

Просим предоставить документы и сведения в 30-дневный срок.

В случае невозможности предоставления запрашиваемой информации и документов в установленные сроки просим незамедлительно обратиться в Компанию для согласования индивидуальных сроков. Просим обратить внимание, что срок для предоставления документов не может превышать 90 дней с даты первичного запроса.

Информируем Вас, что в соответствии с законодательством РФ в случае непредоставления Вами запрошенных документов и сведений в установленные сроки Компания имеет законное право отклонить ваши транзакции с возможностью последующего расторжения договора страхования

Дата
заполнения

1. Фамилия

2. Имя

3. Отчество (при наличии)

4. Дата рождения _____ . . .
5. Являетесь ли Вы гражданином США (в том числе, при наличии двух или более гражданств)? да нет
При ответе «да» перейдите к пункту 11
6. Имеется ли у Вас вид на жительство в США (форма I 551 “Green Card”) да нет
При ответе «да» перейдите к пункту 11
7. Является ли местом Вашего рождения территория США? да нет
При ответе 7.1 Вы отказались от гражданства США? да нет
«да»:

При ответе «нет» ответ на вопрос 5 должен быть «да».

Пожалуйста, удостоверьтесь и перейдите к пункту 11

При ответе «да» предоставьте:

- копию свидетельства, подтверждающего отказ от гражданства США (Certificate of Loss of Nationality of the United States, form DS 4083) да нет
- иной документ-основание/заявление, подтверждающие отсутствие гражданства США да нет

8. Соответствуете ли Вы критериям долгосрочного пребывания в США? да нет

(Физическое лицо признается налоговым резидентом США по основанию «долгосрочного пребывания», если оно находилось на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3-х лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории США в текущем году, а также двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент: коэффициент для текущего года равен 1 (т.е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году); коэффициент предшествующего года равен – 1/3; коэффициент позапрошлого года равен - 1/6. Налоговыми резидентами США не признаются учителя, студенты, стажеры, временно присутствующие на территории США на основании виз F, J, M, Q.)

9. Имеется ли у Вас адрес проживания или почтовый адрес в США? да нет
10. Имеете ли вы *основной* номер контактного телефона на территории США? да нет
11. Подтвердите: Вы являетесь налоговым резидентом США? да нет

При ответе «да» укажите следующую информацию/ предоставьте сведения:

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Я являюсь налоговым резидентом США • Являясь налоговым резидентом США, я предоставляю | <p>Да <input type="checkbox"/>, я являюсь гражданином США</p> <p>Да <input type="checkbox"/>, у меня имеется разрешение на постоянное пребывание/вид на жительство в США</p> <p>Да <input type="checkbox"/>, я соответствую критериям долгосрочного пребывания</p> <p>Да <input type="checkbox"/>, SSN (Social Security Number – Номер социального страхования США) _____</p> <p>и(ли) _____</p> | <p>Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №5</p> <p>Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №6</p> <p>Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №8</p> |
|--|---|--|

ITIN (individual Taxpayer
Identification Number –
индивидуальный
идентификационный номер
налогоплательщика США)

Да , ФИО на английском

языке в соответствии с
документом, удостоверяющим
личность

- Являясь налоговым резидентом США, я

выражаю свое **согласие** на передачу информации в соответствии с требованиями законодательства РФ и FATCA в налоговые органы США и уполномоченные органы РФ.

да нет

Я проинформирован(а), что в случае моего отказа ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» имеет право расторгнуть в одностороннем порядке действующий договор страхования или отказать в заключении иных договоров страхования.

Гарантии и заверения.

| | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да, | <i>я подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, является достоверной, и я не возражаю против дополнительной проверки</i> |
| <input type="checkbox"/> Да, | <i>я понимаю, что предоставление ложных, противоречивых или заведомо недостоверных сведений о себе может повлечь ответственность и применение мер в соответствии с применимым законодательством, в том числе, отказ в проведении операций и расторжение договора.</i> |
| <input type="checkbox"/> Да, | <i>я обязуюсь, в случае изменения любых сведений, указанных в настоящей форме, предоставить обновленную информацию в ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» не позднее 30 календарных дней с момента изменения сведений.</i> |

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

ООО «Сосьете Женераль Страхование Жизни»:

_____ ФИО подписанта

ДД-ММ-ГГГГ

СТРАХОВОЙ АКТ № (номер убытка)

| | |
|---|---|
| Страхователь: | |
| Договор/Полис: | |
| Продукт: | |
| Страховые риски: | |
| Период страхования: | |
| Страховой случай: | |
| Дата страхового случая: | |
| Дата уведомления о событии: | |
| Документы, на основании которых принято решение: | |
| Заключение: | Данное событие признается страховым случаем в соответствии с Договором страхования и Правилами накопительного страхования жизни |
| Страховая сумма: | руб. |
| Инвестиционный доход: | руб. |

| | | |
|---|----------------|--------------------|
| Общая сумма страховой выплаты, включая НДФЛ: | руб. | |
| НДФЛ: | 0.00 руб. | |
| Итого к выплате: | руб. | |
| Выгодоприобретатель: | | 100% |
| Реквизиты банковского счета Выгодоприобретателя: | | |
| Отдел урегулирования убытков и андеррайтинга: | ФИО сотрудника | Подпись сотрудника |

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

ООО «Сосьете Женераль Страхование Жизни»:

_____ ФИО подписанта

ДД-ММ-ГГГГ

СТРАХОВОЙ АКТ № (номер убытка)

| | |
|--|---|
| Страхователь: | |
| Договор/Полис: | |
| Продукт: | |
| Страховые риски: | |
| Период страхования: | |
| Страховой случай: | |
| Дата страхового случая: | |
| Дата уведомления о событии: | |
| Документы, на основании которых принято решение: | |
| Заключение: | Признать событие страховым случаем в соответствии с Договором страхования и Правилами накопительного страхования жизни; осуществить взаимозачет суммы страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса, подлежащего оплате. |
| Страховая сумма: | руб. |
| Сумма очередного страхового взноса, подлежащего оплате: | руб. |

| | | |
|---|----------------|--------------------|
| Сумма страховой выплаты: | руб. | |
| Выгодоприобретатель: | | 100% |
| Реквизиты банковского счета Выгодоприобретателя: | | |
| Отдел урегулирования убытков и андеррайтинга: | ФИО сотрудника | Подпись сотрудника |