

Настоящий Договор страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Обществом с ограниченной ответственностью «РБ 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), действующих на дату заключения Договора страхования.

**СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ**

Фамилия: \_\_\_\_\_  
Имя: \_\_\_\_\_  
Отчество: \_\_\_\_\_  
Пол: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Место рождения: \_\_\_\_\_  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ Когда выдан: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Кем выдан: \_\_\_\_\_  
Код подразделения: \_\_\_\_\_  
ИНН (при его наличии): \_\_\_\_\_  
Гражданство: \_\_\_\_\_  
Является ли гражданин публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником: \_\_\_\_\_  
Счет: \_\_\_\_\_ в ПАО РОСБАНК  
Страна налогового резидентства: \_\_\_\_\_  
Гражданство США: \_\_\_\_\_  
Вид на жительство в США (грин карта): \_\_\_\_\_  
Является налоговым резидентом США: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_  
Область/регион: \_\_\_\_\_  
№ телефона: \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_  
Фактический Адрес: \_\_\_\_\_  
Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_  
Область/регион: \_\_\_\_\_  
Для иностранных граждан или лиц без гражданства  
Данные миграционной карты: \_\_\_\_\_  
Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: \_\_\_\_\_  
Срок пребывания: с \_\_/\_\_/\_\_\_\_ по \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
ИНН/TIN или аналог / причина отсутствия \_\_\_\_\_  
Срок пребывания в США в текущем году более 30 дней: \_\_\_\_\_

**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 пункте 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 пункте 5 Правил (далее – **Смерть НС**);

**Страховая сумма и страховая выплата:**

Страховой риск	Страховая премия	Страховая сумма/Порядок осуществления страховой выплаты
Дожитие	рублей РФ	<b>СУММА ВЫПЛАТЫ ПО ДОЖИТИЮ</b> рублей РФ, выплачиваемые в течение 7 календарных дней после составления страхового акта
Смерть ЛП	рублей РФ	Уплаченные Страхователем до даты наступления страхового случая страховые взносы, выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в течение 7 календарных дней после составления страхового акта
Смерть НС	рублей РФ	<b>10%*5*ГОДОВОЙ ВЗНОС</b> рублей РФ, выплачиваемые в случае признания заявленного события страховым случаем в течение 7 календарных дней после составления страхового акта.

В случае если событие можно классифицировать как страховой случай по риску Смерть ЛП и Смерть НС, то выплата осуществляется по каждому страховому риску.

**СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

<b>Страховая премия</b>	Общая сумма страховой премии по Договору страхования по всем страховым рискам составляет <b>5*ГОДОВОЙ ВЗНОС</b> рублей РФ. Первый взнос в размере <b>ГОДОВОЙ ВЗНОС</b> рублей РФ должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика не позднее 5-го рабочего дня после даты заключения Договора. В случае неуплаты Страхователем первого взноса в указанный срок, уплаты премии после указанного срока или уплаты взноса не в полном объеме, Договор страхования считается незаключенным, при этом уплаченная после установленного срока сумма взноса или уплаченная не в полном объеме сумма премии, подлежат возврату Страховщиком Страхователю на реквизиты, с которых поступила оплата. Второй и последующий страховые взносы в размере <b>ГОДОВОЙ ВЗНОС</b> рублей РФ уплачиваются до начала каждого следующего года действия Договора страхования. При этом начиная со второго страхового взноса, для уплаты 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 Договор страхования считается прекращенным с момента окончания предыдущего периода действия Договора страхования без заключения отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем, при этом расчеты со Страхователем производятся с учетом условий изложенных далее в разделе «Свободный период» и в соответствии с таблицей выкупных сумм.
<b>Срок действия Договора:</b>	Договор считается заключенным с момента подписания его сторонами при одновременном выполнении следующих условий: <ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие заявления Страхователя о возврате страховой премии в течение Свободного периода,</li> <li>• если в течение 10 календарных дней после подписания Договора сторонами Страховщиком не будут выявлены основания: <ul style="list-style-type: none"> <li>- для отказа в осуществлении операций в соответствии с законодательством Российской Федерации в том числе в случае, если Страхователь или Застрахованный, или Выгодоприобретатель по настоящему Договору является публичным должностным лицом.</li> <li>- для отказа в заключении договора в соответствии со ст. 142.4. Налогового Кодекса Российской Федерации в связи с непредставлением Страхователем информации, запрашиваемой Страховщиком в отношении налогового резидентства Страхователя, а также выявлением Страховщиком недостоверности, неполноты или противоречия указанной информации.</li> </ul> </li> </ul> При невыполнении хотя бы одного из указанных условий Договор считается незаключенным, никакие права и обязанности по Договору не возникают, за исключением обязанности Страховщика осуществить возврат Страхователю полученной от него Страховой премии (взноса) по Договору в рублях РФ. Договор 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 Страховой премии после даты, указанной в разделе «Страховая

	премия», не влечет для сторон юридических последствий (а именно, не влечет вступление в силу Договора), а поступившая денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Договор прекращается в 23.59 г.	
<b>Свободный период:</b>	с <b>ДАТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ</b> по <b>ДАТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ+14 ДНЕЙ</b> Период, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования независимо от уплаты страховой премии (взноса) и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В случае расторжения Договора страхования в течение Свободного периода Страхователю возвращается сумма оплаченной страховой премии/взноса (выкупная сумма) в полном объеме в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в порядке, указанном в заявлении на отказ от Договора страхования.	
<b>Выкупная сумма</b>	Год действия Договора Страхования	Выкупная сумма
	1	0 рублей РФ
	2	0 рублей РФ
	3	<b>40%*3* ГОДОВОЙ ВЗНОС</b> рублей РФ
	4	<b>50%*4* ГОДОВОЙ ВЗНОС</b> рублей РФ
	5	<b>60%*5* ГОДОВОЙ ВЗНОС</b> рублей РФ
При досрочном прекращении действия Договора страхования после окончания Свободного периода Страхователю выплачивается выкупная сумма. Выплата выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о расторжении Договора страхования.		

### ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по риску Дожитие является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по рискам Смерть ЛП и Смерть НС Страхователем назначены следующие лица:

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

В случае если Выгодоприобретатели по страховым рискам Смерть ЛП, Смерть НС не назначен, Выгодоприобретателями по данным страховым рискам являются супруг(а) на момент наступления страхового случая. В случае отсутствия у Страхователя на момент наступления страхового случая супруга(и) или не получения Страховщиком заявления на страховую выплату от супруга(и) в течение шести месяцев с даты страхового случая, единственными выгодоприобретателями признаются 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 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 «РБ Страхование», юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62 , 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, платёжные 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;
  - моих 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.

#### **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- Страхователю известно, что Правила страхования доступны на официальном сайте Страховщика [www.rosbankinsurance.ru](http://www.rosbankinsurance.ru), а также могут быть ему вручены (направлены) по запросу Страховщику либо его представителю.
- Страхователю известно о праве получить информацию о размере вознаграждения страхового агента.
- 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.
- Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанным в Договоре номеру телефона и адресу электронной почты.
- При изменении идентификационных сведений<sup>1</sup> Страхователя и/или иных участников договора страхования, представленных Страховщику при оформлении настоящего договора страхования, Страхователь обязуется сообщать Страховщику о таких изменениях в срок не позднее 7 рабочих дней, либо до момента осуществления операции в интересах участника (-ов) договора страхования.
- В случае непредоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, Страховщик возвращает страховую премию (сумму уплаченных взносов) за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в течение 7 рабочих дней с даты получения соответствующего заявления.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ПОДПИСАН В ДВУХ ЭКЗЕМПЛЯРАХ, ИМЕЮЩИХ РАВНУЮ ЮРИДИЧЕСКУЮ СИЛУ.

**Страховщик**

Генеральный директор,  
Действующий на основании Устава  
Павлова Ирина Анатольевна

\_\_\_\_\_  
Подпись/Печать

**Страхователь**

Заклячая Договор страхования, подтверждаю, что до его заключения мне предоставлена в том числе в форме Ключевого информационного документа исчерпывающая информация о Страховщике, об условиях договора страхования в том числе о размере и порядке оплаты страховой премии, условиях расторжения договора и порядке возврата премии (взноса)/выплаты выкупной суммы, сроках рассмотрения и порядке осуществления страховой выплаты, исключений из страхования, Договор страхования и Ключевой информационный документ получены, с указанными документами ознакомлен и согласен заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Дата: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ООО «РБ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 58, 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: <https://rosbankinsurance.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).

<sup>1</sup> Сведения, полученные в целях идентификации (упрощенной идентификации), в соответствии с Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».