

**ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «ЦЕННЫЙ АКТИВ» № \_\_\_\_\_**

Дата выдачи Полиса: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящим Полисом ООО «СК «Ренессанс Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, в соответствии со ст. 435, 438 и ст. 940 ГК РФ предлагает Страхователю заключить Договор страхования в соответствии с Полисными условиями по программе страхования «Ценный актив», утвержденными приказом от 27.11.2019 № 191127-01-од (далее – Полисные условия). Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса. Акцептом настоящего Полиса в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем страховой премии одновременно на расчетный счет Страховщика в день выдачи Полиса, в противном случае оферта, изложенная в настоящем Полисе, прекращает свое действие.

<b>1. СТРАХОВЩИК</b>	
ООО "СК "Ренессанс Жизнь", 115114, Россия, г. Москва, наб. Дербеневская, д.7, стр. 22, этаж 4, пом.13, ком.11, Тел.: 8 (495) 981-29-81, Факс: 8 (495) 589-18-65/67, www.renlife.ru, ИНН 7725520440, КПП 772501001; КПП по крупнейшим налогоплательщикам 997950001, Р/С 40701810800001410925, В АО "РАЙФФАЙЗЕНБАНК", г.Москва, БИК 044525700, К/С 3010181020000000700, Лицензия ЦБ РФ СЖ № 3972 от 11.05.2017; Лицензия ЦБ РФ СЛ № 3972 от 11.05.2017	
<b>2. СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ</b>	
<b>Ф.И.О</b>	
<b>ПОЛ:</b>	
<b>ДАТА РОЖДЕНИЯ</b>	
<b>МЕСТО РОЖДЕНИЯ</b>	
<b>ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ</b>	Паспорт (серия, номер, кем выдан, код подразделения)
<b>АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ</b>	
<b>АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ</b>	
<b>ТЕЛЕФОНЫ</b>	Домашний: _____ Мобильный: _____
<b>АДРЕС(-А) ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ</b>	
<b>ГРАЖДАНСТВО</b>	
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*</b>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?**: если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN):</b>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)? если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории):</b>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

\* Критерии принадлежности к указанным категориям лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на Официальном сайте Страховщика.

\*\* К налоговым резидентам США относятся: граждане США, лица, имеющие вид на жительство в США (карточка постоянного жителя США по форме I-551 «Green Card»), лица, соответствующие критериям долгосрочного пребывания на территории США, иные лица в соответствии с законодательством США. Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на Официальном сайте Страховщика.

**3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ:** в рассрочку.

**4. ПЕРИОДИЧНОСТЬ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ:** ПЕРВЫЙ ВЗНОС ДОЛЖЕН БЫТЬ УПЛАЧЕН В ТЕЧЕНИЕ 5 ДНЕЙ С ДАТЫ ВЫДАЧИ ПОЛИСА.

**ПОСЛЕДУЮЩИЕ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УПЛАЧЕНЫ НЕ ПОЗДНЕЕ** <даты начисления>.

Последствия неоплаты/неполной оплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок предусмотрены п. 7.6. Полисных условий.

**5. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ, СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС**

Страховые риски/Программа страхования	Страховая сумма, руб.	Страховой взнос, руб.
<b>1. Программа «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти Застрахованного»:</b>		
1.1. Смерть Застрахованного по любой причине;		
1.2. Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования.		

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:** С « » \_\_\_\_\_ 20 Г. ПО « » \_\_\_\_\_ 20 Г.

**СРОК СТРАХОВАНИЯ:** с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой оплаты страховой премии, до окончания срока действия Договора страхования.

**7. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО**

№	ФИО Выгодоприобретателя	Дата рождения	Родственные и/или иные отношения с Застрахованным	Доля от страховой выплаты, %
1				

**8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:**

1. Акцептуя настоящий Полис, Страхователь/Застрахованный уполномочивает любое лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, оказывавшее ему любые медицинские услуги, предоставлять по требованию страховой компании ООО «СК «Ренессанс Жизнь» в том числе и после смерти, сведения, содержащие врачебную тайну, а именно копии медицинских документов: карты стационарного больного, истории болезни, выписные, переводные, этапные, посмертные эпикризы, карты амбулаторного больного, выписки, справки, заключения экспертов в связи со страховыми случаями, так и в связи с оценкой степени страхового риска, по данному Договору страхования.

2. Подписание Страховщиком Договора страхования (Полиса), а также приложений и дополнительных соглашений к нему может осуществляться путем воспроизведения факсимиле/электронного образа подписи уполномоченного лица Страховщика механическим или иным способом с использованием клише либо с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи. Факсимильное воспроизведение/отображение электронного образа подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика с помощью средств механического или иного копирования признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документ типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом такого документа.

3. В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь и Застрахованный (далее – Субъекты ПДн) предоставляют ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее – Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных (далее - ПДн) (ФИО, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования (далее - Договор) или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику) в целях:

- подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора;
- продвижения товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путём осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, по сети Интернет, в том числе электронной почты (далее – продвижение услуг);
- осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте Страховщика) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора, а также продвижением услуг.

Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя. Настоящее согласие дается субъектом ПДн Страховщику на срок действия Договора и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного им письменного уведомления.

4. Страхователь/Застрахованный с целью оценки страховых рисков и проверки сведений о нем в целях заключения и исполнения Договора страхования дает Страховщику согласие на получение информации из кредитной истории/части кредитной истории и иной информации в любом (любых) бюро кредитных историй в соответствии со ст.6 Федерального закона от 30.12.2004 N 218-ФЗ «О кредитных историях», в бюро страховых историй, в государственных органах и иных организациях.

5. Отдельные условия Договора страхования разъяснены в Памятке по Договору накопительного страхования жизни.

6. Страховщик предоставляет информацию Страхователю посредством: смс-уведомлений, электронных сообщений, мобильного приложения, электронной почты, почтовой, телеграфной, телефонной связи, курьерской службы, Личного кабинета.

7. Информация о местах приема заявлений на страховую выплату с необходимыми документами в соответствии с Разделом 9 Полисных условий указана на Официальном сайте Страховщика.

8. Страховая выплата осуществляется путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя.

9. Акцептуя настоящий Полис, Страхователь/Застрахованный подтверждает, что Полисные условия вместе с Памяткой по Договору накопительного страхования жизни получил.

**9. В случае досрочного расторжения (прекращения действия) Договора страхования Страхователю выплачивается выкупная сумма в соответствии с Таблицей выкупных сумм.**

**ТАБЛИЦА ВЫКУПНЫХ СУММ**

ГОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	НОМЕР ПЕРИОДА	НАЧАЛО	ОКОНЧАНИЕ	ВЫКУПНАЯ СУММА (Российский рубль)

*К Полису прилагаются:*

- Приложение № 1: Полисные условия по программе страхования «Ценный актив»;
- Памятка по Договору накопительного страхования жизни.

**Страховщик:**

*Генеральный директор ООО «СК «Ренессанс Жизнь», действующий на основании Устава  
Киселёв О. М.*