

**СТРАХОВОЙ ПОЛИС «ЗАЩИЩЕННЫЙ ЗАЕМЩИК ТМ»**

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Настоящий документ (далее – Страховой полис) подтверждает заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования (далее – Договор страхования) на основании Правил страхования № 0024.СЖ.01.00, утвержденных приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» № 03-01-01-01/066 от 29 июня 2017 года (далее – Правила страхования), приложенных к Страховому полису. Положения, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст настоящего Страхового полиса, применяются к Договору страхования и обязательны для Страхователя / Застрахованного лица / Выгодоприобретателя.

**1. СТРАХОВЩИК**

ООО СК «Сбербанк страхование жизни», лицензия на осуществление страхования СЖ № 3692 (вид деятельности – добровольное страхование жизни), выдана Банком России без ограничения срока действия  
Адрес места нахождения (офис): 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г, Телефон: 8 800 555 55 95  
сайт: www.sberbank-insurance.ru

Режим работы офиса: понедельник – пятница с 08.00 до 20.00 МСК

**Банковские реквизиты:** р/с № 40701810700020018846 в ПАО Сбербанк, к/с № 30101810400000000225 в ГУ Банка России по ЦФО, БИК 044525225, ИНН 7744002123, КПП 997950001

**2. СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО**

**2.1.** По настоящему Договору страхования Застрахованным лицом является Страхователь, данные которого указаны ниже в п. 2.3 настоящего Страхового полиса, при одновременном соблюдении следующих условий:

2.1.1. Страхователь не является лицом, перенесшим до даты начала первого или нового Периода непрерывного страхования\* инсульт;

2.1.2. Страхователь не имел до даты начала первого или нового Периода непрерывного страхования\* следующих заболеваний: онкологических заболеваний, ишемической болезни сердца (инфаркта миокарда, стенокардии), цирроза печени;

2.1.3. Страхователь не является на дату начала первого или нового Периода непрерывного страхования\* инвалидом 1-й, 2-й или 3-ей группы;

2.1.4. Страхователь не имеет на дату начала первого или нового Периода непрерывного страхования\* действующего направления на медико-социальную экспертизу.

**2.2.** Страховщик не заключает на условиях, указанных в настоящем Страховом полисе, Договоры страхования в отношении лиц, не соответствующих условиям, указанным в п.п. 2.1.1 – 2.1.4 Страхового полиса. Данное условие является существенным условием Договора страхования. Если лицо, указанное в п. 2.3 Страхового полиса, не соответствует условиям, указанным в п.п. 2.1.1 – 2.1.4 Страхового полиса, Договор страхования является незаключенным ввиду несогласованности Сторонами существенных условий договора. В таком случае Страховщик производит возврат поступивших денежных средств лицу, совершившему платеж, в порядке и сроки, предусмотренные Правилами страхования.

**2.3.**

Фамилия, имя, отчество:

Дата рождения:

Гражданство: РФ

СНИЛС:

Место рождения (с указанием страны):

ИНН:

**\*Период непрерывного страхования** – период времени, в течение которого в отношении Застрахованного лица осуществляется непрерывное страхование путем последовательного заключения Страховщиком со Страхователем Договоров страхования на основании Правил страхования № 0024.СЖ.01.00, Правил страхования жизни «Защищенный заемщик» или Условий страхования жизни «Защищенный заемщик». Датой начала первого Периода непрерывного страхования является дата оплаты страховой премии по первому Договору страхования, оформленному в отношении Застрахованного лица на основании Правил страхования № 0024.СЖ.01.00, Правил страхования жизни «Защищенный заемщик» или Условий страхования жизни «Защищенный заемщик». Период страхования по последовательно заключаемым Договорам страхования в отношении Застрахованного лица является непрерывным, если период времени между датой окончания срока действия предыдущего Договора страхования и датой оплаты страховой премии по следующему за ним Договору страхования, оформленных в отношении Застрахованного лица, не превышает 90 (Девяносто) календарных дней. В случае, если указанный период времени превышает 90 (Девяносто) календарных дней, то дата оплаты страховой премии по Договору страхования, оформленному в отношении Застрахованного лица по истечении указанного девяностодневного периода, признается датой начала нового Периода непрерывного страхования.

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	
Наименование:	Дата выдачи:
Серия, номер:	Код подразделения (если имеется):
Кем выдан:	
Адрес для направления корреспонденции:	
Адрес места жительства (регистрации):	
Адрес электронной почты:	Мобильный телефон:

Страхователем (Застрахованным лицом) заключен Кредитный договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (далее – «Кредитный договор») со следующим Банком: Публичное акционерное общество «Сбербанк России», сокращенное наименование: ПАО Сбербанк, ОГРН: 1027700132195, адрес места нахождения: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, дом 19, ИНН: 7707083893 (далее – «Банк»).

### 3. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ

Выгодоприобретателями являются: Банк до 00 часов 00 минут даты полного досрочного погашения задолженности по Кредитному договору; в случае полного досрочного погашения задолженности по Кредитному договору Выгодоприобретателем становится Страхователь (его наследники) с 00 часов 00 минут даты полного досрочного погашения.

### 4. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

**4.1. Страховые случаи:** страховыми случаями являются следующие события:

4.1.1. смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока действия Договора страхования (страховой риск «Смерть»);

4.1.2. несчастный случай, произошедший с Застрахованным лицом в течение срока действия Договора страхования и повлекший смерть Застрахованного лица, наступившую после окончания срока действия Договора страхования и в срок не более 1 (Одного) года с даты несчастного случая (страховой риск «Смерть вследствие НС»);

4.1.3. диагностирование у Застрахованного лица впервые в течение срока действия Договора страхования заболевания, повлекшего смерть Застрахованного лица, наступившую после окончания срока действия Договора страхования и в срок не более 1 (Одного) года с даты диагностирования заболевания (страховой риск «Смерть вследствие заболевания»);

4.1.4. установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока действия Договора страхования инвалидности 1 или 2 группы (страховой риск «Инвалидность 1 или 2 группы»);

4.1.5. несчастный случай, произошедший с Застрахованным лицом в течение срока действия Договора страхования и повлекший установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы после окончания срока действия Договора страхования и в срок не более 1 (Одного) года с даты несчастного случая (страховой риск «Инвалидность 1 или 2 группы вследствие НС»);

4.1.6. диагностирование у Застрахованного лица впервые в течение срока действия Договора страхования заболевания, повлекшего установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы после окончания срока действия Договора страхования и в срок не более 1 (Одного) года с даты диагностирования заболевания (страховой риск «Инвалидность 1 или 2 группы вследствие заболевания»).

**4.2. Страховая сумма:** устанавливается единой по Договору страхования (совокупно по всем страховым рискам) и в первый день действия Договора страхования составляет \_\_\_\_\_ рублей. Страховая сумма изменяется в течение срока действия Договора страхования и во второй и последующий дни определяется в следующем порядке:

Во второй и последующие дни срока действия Договора страхования (кроме случаев полного досрочного погашения задолженности по Кредитному договору) страховая сумма равна сумме Задолженности Застрахованного лица по Кредиту, но не более 100% страховой суммы, установленной для первого дня действия Договора страхования. В случае полного досрочного погашения задолженности по Кредитному договору страховая сумма во второй и последующие дни срока действия Договора страхования не зависит от фактического размера задолженности и равна задолженности Страхователя на соответствующую дату согласно графику платежей, действующему на дату начала действия Договора страхования.

**4.3. Страховой тариф:** \_\_\_\_\_ в год.

**4.4. Страховая премия:** \_\_\_\_\_ рублей. Порядок оплаты страховой премии: единовременно.  
Срок (дата) оплаты страховой премии « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**4.5. Срок действия Договора страхования:** с 00 ч 00 мин « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. по 23 ч 59 мин « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
при условии уплаты страховой премии в размере и в срок, указанные в настоящем Страховом полисе.  
Договор страхования прекращается в случаях, установленных разделом 8 Правил страхования. В частности, Договор страхования прекращается до истечения срока, на который он был заключен:

4.5.1. в случае отказа Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу. При этом возврату подлежит уплаченная страховая премия в полном объеме;

4.5.2. в случае отказа Страхователя от Договора страхования после его вступления в силу и до истечения 5 (пяти) рабочих дней с даты получения Страхователем Страхового полиса и Правил страхования. При этом возврату подлежит уплаченная страховая премия в полном объеме при условии отсутствия в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая;

4.5.3. в случае отказа Страхователя от Договора страхования в связи с полным досрочным исполнением обязательств перед Банком по Кредитному договору (полным досрочным погашением задолженности по Кредитному договору). При этом подлежит выплате выкупная сумма в размере, определяемом по следующей формуле:

(уплаченная страховая премия - (установленная Договором страхования страховая премия \* T1/ N)) \* 50%,

где N – срок страхования в днях,

T1 – срок страхования в днях до дня, предшествующего дате прекращения (включительно).

**4.6.** Исключения, указанные в п. 5.1 Правил страхования, к настоящему Договору страхования не применяются.

**4.7. Основания отказа в выплате:** Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

**1)** произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования; **2)** Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий согласно п. 2.2 настоящего Страхового полиса; **3)** Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации; **4)** событие произошло до начала или после окончания (в том числе досрочного) срока действия Договора страхования; **5)** событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования; **6)** за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение; **7)** по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

#### **5. ДЕКЛАРАЦИЯ И СОГЛАСИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ**

**5.1.** Заключая Договор страхования, принимая Страховой полис и не заявляя Страховщику в письменной форме об отказе от Страхового полиса в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты его получения:

**5.1.1.** Страхователь дает свое согласие на назначение указанных в разделе 3 настоящего Страхового полиса Выгодоприобретателей.

**5.1.2.** Страхователь подтверждает свое ознакомление и согласие с условиями страхования, изложенными в настоящем Страховом полисе и Правилах страхования, в частности, Страхователь подтверждает, что ознакомлен и согласен с перечнем оснований для отказа в страховой выплате, со случаями и порядком прекращения Договора страхования и возврата страховой премии, иными условиями страхования.

**5.1.3.** Страхователь подтверждает, что вся указанная в данном Страховом полисе информация является полной и достоверной.

**5.1.4.** Страхователь подтверждает, что заявил о своем решении заключать Договор страхования ежегодно после истечения срока действия предыдущего Договора страхования, а также что каждый последующий Страховой полис является выданным на основании такого заявления.

**5.2.** Заключая Договор страхования и принимая Страховой полис:

**5.2.1.** Страхователь предоставляет Страховщику согласие на обработку своих персональных данных (далее также – «ПДн»). Кроме того, Страхователь дает свое согласие на получение Страховщиком сведений о нем, относящихся к врачебной тайне. Указанные согласия предоставляются на нижеследующих условиях.

Цели обработки ПДн:

1) заключение, исполнение, изменение, прекращение Договора страхования;

2) оценка Страховщиком риска(ов) по Договору страхования;

3) перестрахование Страховщиком рисков, принятых по Договору страхования, а также осуществление переговоров с перестраховщиком(ами), заключение, исполнение, изменение, прекращение соответствующего(их) договора(ов) перестрахования;

4) заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и лицами, указанными ниже в п. 1);

5) контроль и оценка качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления;

б) направление Страховщиком Страхователю уведомлений (в т.ч. путем осуществления прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи);

7) иные цели обработки ПДн, указанные в Правилах страхования.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие Страхователя и источник их получения: ПДн, содержащиеся в настоящем Страховом полисе, а также иных формах/документах, которые Страхователь заполняет и(или) предоставляет Страховщику, в том числе с использованием сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», включая сведения об имущественном положении, о состоянии здоровья, о профессии, контактная информация (адрес места жительства, номера телефонов, адреса электронной почты и т.д.).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; персональные данные будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка).

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва: согласие действует в течение срока действия Договора страхования и еще шесть лет после его прекращения. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику. Обрабатываемые персональные данные подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Страхователь предоставляет Страховщику свое согласие на следующее:

I) на поручение обработки ПДн и(или) передачу (предоставление) ПДн (в зависимости от того, что применимо) обработчикам (далее именуются «Обработчики»). При этом к Обработчикам относятся страховые агенты, перестраховщики (в том числе, но не ограничиваясь, Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland: Arabellastrasse 30, 81925, Munich, Germany), брокеры и иные третьи лица, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика и(или) получающие ПДн на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (перестрахования, сострахования, агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг (в т.ч. медицинского обследования), обеспечения конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги/оценкой страхового риска.

II) на передачу (предоставление) 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(ов) страхования (в т.ч. при рассмотрении произошедшего страхового события). В частности, Страхователь предоставляет свое согласие на получение Страховщиком сведений и/или документов, содержащих ПДн, у третьих лиц, которым Страховщик вправе направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с договором страхования (Правилами страхования) или законодательством Российской Федерации.

III) на трансграничную передачу ПДн, в т.ч. на территории иностранных государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов персональных данных.

IV) на получение информации от Страховщика по сетям электросвязи (в том числе по телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте).

Страхователь предоставляет свое согласие на предоставление Страховщику любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, у которых он проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте его обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. Страхователь уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде, в любой форме и в любое время, в т.ч. в случае смерти Страхователя. В числе прочего Страховщик уполномочен на получение справок, актов, заключений, результатов обследования, получение информации о состоянии здоровья Страхователя, о результатах объективных исследований организма и биологических жидкостей, а также об истории болезни Страхователя, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе. Страхователь разрешает Страховщику использовать эту информацию при определении степени страхового риска, а также для любых вопросов, связанных со страхованием и/или перестрахованием, в том числе для рассмотрения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая.

**5.2.2.** Страхователь подтверждает, что не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях,

созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Страхователь обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы и / или сведения (в т.ч. об адресе работодателя, степени родства либо статусе по отношению к публичному должностному лицу (с учетом того, что применимо)). Кроме того, Страхователь подтверждает, что не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (The Financial Action Task Force, FATF)). Также Страхователь подтверждает, что не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза; что целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги на длительной основе; что бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия Страхователя) является Страхователь.

#### **6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 6.1.** К Страховому полису прилагаются и являются неотъемлемой частью Договора страхования Правила страхования.
- 6.2.** В случае спорных ситуаций положения настоящего Страхового полиса имеют приоритетную силу по отношению к Правилам страхования. Во всем, что не предусмотрено положениями настоящего Страхового полиса, стороны руководствуются Правилами страхования.
- 6.3.** Никакие отметки (а также дополнения, исправления и т.п.), сделанные на Договоре страхования (Страховой полис и Приложения к нему) от руки не имеют юридической силы, если их верность не засвидетельствована собственноручными подписями Сторон и оригинальным оттиском печати Страховщика.
- 6.4.** Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Страховой полис и Правила страхования № 0024.СЖ.01.00, утвержденные приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» № 03-01-01-01/066 от 29 июня 2017 года Страхователем получены, с их условиями Страхователь ознакомлен и согласен.
- 6.5.** При изменении любых сведений, указанных в настоящем Страховом полисе, Страхователь обязуется незамедлительно сообщать Страховщику о таких изменениях в письменной форме.

\_\_\_\_\_

(аналог собственноручной подписи и печати)