

ПАМЯТКА СТРАХОВАТЕЛЮ / ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ

Уважаемый клиент!

Благодарим Вас за выбор нашей страховой компании для заключения договора страхования (далее – Договор). Обращаем Ваше внимание на важные аспекты Договора в части страхования жизни от несчастных случаев и болезней:

1. Договор заключен между Вами и АО «АльфаСтрахование» (далее – Страховщик).
2. Все обязательства по Договору несет Страховщик, а не иное юридическое или физическое лицо, при посредничестве которого заключен Договор.
3. Заключение Договора не является обязательным условием для выдачи кредита (займа) банком (иной финансово-кредитной организацией); не может являться обязательным условием для получения иных банковских (финансовых) услуг.
4. Договор может носить долгосрочный характер и может предусматривать обязательства клиента по регулярной уплате страховых взносов. Порядок уплаты и размер страховой премии или страховых взносов (если их уплата предусмотрена договором) указывается в Договоре.
5. Выгодоприобретатель (-ли) указывается (-ются) в Договоре. Если в Договоре не указано в качестве выгодоприобретателя конкретное физическое или юридическое лицо, то, в соответствии с законодательством РФ, выгодоприобретателем признается застрахованный, а в случае его смерти – наследники застрахованного.
6. В течение первых 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора действует «период охлаждения», в течение которого Вы вправе расторгнуть Договор и получить возврат уплаченной страховой премии в полном объеме, при условии отсутствия в период действия страхования с даты заключения Договора до даты Вашего отказа от Договора событий, имеющих признаки страхового случая. Прекращение Договора и возврат страховой премии осуществляется на основании полученного Страховщиком оригинала Вашего заявления об отказе от Договора. В целях ускорения принятия решения, просим Вас указать в заявлении следующую информацию: Ф.И.О. Страхователя (полностью), номер договора/полиса, сумма оплаченной по договору страховой премии, номер платежного документа по оплате страховой премии, наименование страхового посредника (Агента/Брокера, где был оформлен договор/полис), банковские реквизиты Страхователя, куда следует перечислить денежные средства. При этом, дополнительное соглашение о прекращении Договора не оформляется. Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 (Десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком оригинала письменного заявления. Дополнительную информацию по порядку подачи Заявления на расторжение Договора в период охлаждения можно получить обратившись в единый контактный центр АО «АльфаСтрахование» по телефону 8 800 333 0 999 – звонок по России бесплатный.
7. При расторжении Договора страхования после окончания «периода охлаждения» уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если иное не указано в Договоре.

образец

По настоящему договору страхования (Полису) Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) осуществить страховую выплату в случае причинения вреда жизни и здоровью Страхователя, а также его смерти в результате наступления предусмотренного Договором события (страхового случая). Настоящий Полис заключается в соответствии с «Правилами страхования ипотечных рисков» АО «АльфаСтрахование», в действующей редакции от "10" октября 2019 г путем вручения Страховщиком настоящего Полиса.

Страховщик:	АО "АльфаСтрахование"		115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31 стр. Б., телефон 8 800 333 0 999	
Страхователь (Застрахованное лицо)	ИВАН ИВАН ИВАН			
Дата рождения:	11.11.1980	Пол	муж.	
Паспорт:	серия 0000 № 000000, дата выдачи 11.11.1980 г.			
ИНН:				
Адрес регистрации:	Россия, г Москва, Щёлковское шоссе, 12			
Адрес фактического проживания / адрес для почтовой корреспонденции	Россия, г Москва, Щёлковское шоссе, 12			
Контактные номера, адрес электронной почты	+7 (926) 123-54-65		2232@mail.ru	
Страхователем (Застрахованным лицом) заключен Кредитный договор № 3242343 от 11.11.1999 г. (далее - Кредитный договор) с Публичным акционерным обществом "Сбербанк России", сокращенное наименование ПАО Сбербанк, ОГРН 1027700132195, адрес места нахождения: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19, ИНН:7707083893 (далее - Банк).				
ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ				
Выгодоприобретатель-1: ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19)	в пределах задолженности по Кредитному договору № 3242343 от 11.11.1999 г.			
Выгодоприобретатель-2: Застрахованное лицо, в случае его смерти - законные наследники	в части разницы между суммой страховой выплаты, подлежащей выплате Выгодоприобретателю-1, и страховой суммой, установленной по настоящему Полису			
Объект страхования:	имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни			
Территория страхования	Весь мир	Время покрытия	24 часа	
СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ				
1. Смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока действия Полиса или в течение 1 (Одного) года после его окончания в результате несчастного случая или болезни (заболевания), произошедшего / впервые диагностированной в период действия Полиса – 100 % страховой суммы				
2. Установление Застрахованному лицу I или II группы инвалидности (в течение срока действия Полиса или в течение 1 (Одного) года после его окончания) в результате несчастного случая или болезни, произошедшего / впервые диагностированной в период действия Полиса – 100 % страховой суммы				
СТРАХОВАЯ СУММА				
Страховая сумма по настоящему Полису (совокупно по всем рискам) устанавливается в размере остатка задолженности Страхователя по Кредитному договору (основной долг), что на дату заключения настоящего Полиса составляет сумму в размере 100000 (сто тысяч) рублей. В течение срока действия настоящего Полиса страховая сумма не изменяется.				
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ				
Страховая премия по настоящему Полису устанавливается в размере 0.01% от страховой суммы, и подлежит единовременной оплате в полном объеме не позднее 08.05.2020 г. в размере 322 (триста двадцать два) рублей. В случае неоплаты Страхователем страховой премии в установленный срок, либо оплаты премии в меньшем размере, чем установлено настоящим Полисом, последний считается не вступившим в силу, а поступившие денежные средства считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату Страхователю в полном объеме.				
Срок страхования:	с 08.05.2020 г. по 07.05.2021 г.			
при условии оплаты страховой премии в размере в сроки, установленные настоящим Полисом.				
<input checked="" type="checkbox"/> Первичный <input type="checkbox"/> Перезаключение полиса №				

Дополнительные условия:

- Полис заключен в соответствии с Правилами страхования ипотечных рисков АО «АльфаСтрахование» (далее – Правила) в редакции от 10 октября 2019, являющимися его неотъемлемой частью (приложение № 1 к Полису). Если положения Правил противоречат отдельным положениям настоящего Полиса, приоритетными являются положения последнего. Во всем остальном, что прямо не предусмотрено Полисом, Стороны руководствуются положениями Правил.
- Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а также в случаях, перечисленных в разделе 5 Правил;
 - В рамках настоящего Полиса не являются исключением любительские занятия видами спорта, перечисленными в п.5.6.10 Правил;
 - В рамках настоящего Полиса положения п.5.6.11 Правил не применяются.
- Порядок осуществления страховой выплаты по настоящему Полису определен разделом 14 Правил, за исключением положений п.п. 14.1.3. и 14.1.4. Правил.
 - Банк (Выгодоприобретатель-1) в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения от Страховщика уведомления о признании случая страховым, направляет Страховщику уведомление (справку) о размере задолженности Страхователя по Кредитному договору.
 - Страховщик в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения уведомления (справки) от Банка (Выгодоприобретателя-1), составляет страховой акт и производит страховую выплату.
- Настоящий Договор прекращается в случаях, указанных в разделе 8 Правил страхования, в том числе в связи с:
 - Отказом Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. При этом Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, установленном подпунктом 10.1.7. Правил страхования.
 - Досрочным исполнением Страхователем (в период действия настоящего Полиса) обязательств по Кредитному договору в полном объеме. При этом, Полис досрочно прекращает свое действие с даты, следующей за датой исполнения указанного обязательства при условии предоставления Страхователем в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты, следующей за датой исполнения обязательства по Кредитному договору, заявления в письменной форме о расторжении (прекращении) настоящего Полиса с обязательным приложением письменного подтверждения Выгодоприобретателя-1 об отсутствии задолженности по Кредитному договору. В случае неисполнения Страхователем данной обязанности, Договор продолжает действовать до окончания срока, на который он заключен. Часть уплаченной страховой премии подлежит возврату пропорционально не истекшему сроку действия настоящего Полиса за

вычетом расходов на ведение дела Страховщика. Возврат части уплаченной страховой премии за не истекший срок действия настоящего Полиса производится лицу, указанному Страхователем в заявлении о расторжении настоящего Полиса.

5. Страхователь, заключая Договор, и в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон), дает свое согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение /обновление, изменение, использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящем заявлении, в договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в т.ч. Выгодоприобретателю(ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к договору страхования информацию. При этом мое согласие дается страховщику на весь срок действия договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи страховщику подписанного письменного уведомления.

6. Уплачивая страховую премию Страхователь подтверждает:

- добровольное заключение настоящего Договора, что оказываемые Страховщиком в рамках договора страхования услуги не являются навязанными ему Страховщиком и/или Кредитором/Займодавцем, не являются заведомо невыгодными либо обременительными для Страхователя. Страхователю известно, что заключение Договора не является условием для получения кредита/займа, а также Страхователь вправе обратиться в любую страховую компанию, отвечающую требованиям Выгодоприобретателя-1 (Кредитора) к страховым компаниям и условиям предоставления страховых услуг;

- достоверность информации, представленной и указанной в настоящем Договоре и в Заявлении на страхование; в случае отсутствия/некорректности данных, представленных Страхователем, Стороны признают данный факт отказом Страхователя от предоставления необходимой информации, в том числе с целью надлежащего оформления Страховщиком или его представителем документа, подтверждающего оплату страховой премии, как того требует Федеральный закон от «22» мая 2003г. №54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчётов в Российской Федерации».

7. Стороны признают использование факсимильной подписи и печати Страховщика и договорились, что использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования (в том числе их графического воспроизведения с помощью компьютерной программы) признается как оригинальная подпись уполномоченного Страховщиком лица, скрепленная печатью Страховщика, документы подписанные Страховщиком с использованием факсимильной подписи и печати признаются сторонами надлежащим образом оформленными. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи.

Приложения	1. Заявление на страхование 2. Правила комплексного ипотечного страхования в редакции от "10" октября 2019 «Правила страхования ипотечных рисков» Страховщика являются неотъемлемой частью настоящего Полиса, а также размещены в сети Интернет по адресу: https://www.alfastrah.ru/rules/zhile/ipotechnoe-strakhovanie/
-------------------	--

Страховщик:

В лице Директора департамента страхования имущества физических лиц
Штаб-квартиры АО «АльфаСтрахование» Титова Дениса Александровича,
действующей на основании доверенности № 4637/19 от 01.08.2019 года.

_____/Титов Д.А./

образец

Настоящее Заявление является основанием для заключения договора ипотечного страхования и является его неотъемлемой частью. Я уведомлен Страховщиком, что в заявлении обязан сообщить обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. В соответствии со статьей 944 ГК РФ я обязуюсь в заявлении сообщить полные и достоверные данные.

Сведения о Страхователе (Застрахованном лице)

Ф.И.О	ИВАН ИВАН ИВАН	Пол: муж.
Дата рождения	11.11.1980	
Контактный телефон, e-mail	+7 (926) 123-54-65	2232@mail.ru

Сведения о банке кредиторе Выгодоприобретателе (1-ой очереди)

Наименование	Публичное акционерное общество "Сбербанк России", сокращенное наименование ПАО Сбербанк, ОГРН 1027700132195, адрес места нахождения: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19, ИНН:7707083893
--------------	---

Данные по кредиту

Величина кредита / остатка задолженности	100000	Валюта	Рубли
Срок страхования, мес.	12		

СТРАХОВАНИЕ РИСКА ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, А ТАКЖЕ ЕГО СМЕРТЬЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ ИЛИ БОЛЕЗНИ (СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ).**Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО:**

- не занимаюсь профессионально или на регулярной любительской основе опасными видами спорта (авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание и т.п.);
- моя профессия не связана с повышенным риском (например, пребыванием на высоте, под водой, под землей, на нефтяных и газовых платформах, с облучением, работа с химическими и взрывчатыми веществами, испытаниями, инкассация, работа в правоохранительных органах и т.п.);
- не состою на службе в вооруженных силах РФ;
- не нахожусь под следствием (не являюсь обвиняемым, подозреваемым, подсудимым) и в местах лишения свободы;
- мой возраст находится в диапазоне: от 18 до 50 лет на момент начала периода страхования.
- не являюсь инвалидом I,II,III группы и не имею действующего направления, и не прохожу медико-социальную экспертизу;
- в течение двух лет, предшествующих текущей дате, не имел непрерывной нетрудоспособности сроком более 30 дней;
- моя трудоспособность не является ограниченной в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью;
- не имею доброкачественных новообразований органов и тканей, у меня нет онкологических заболеваний;
- не переносил инсульты (острое нарушение мозгового кровообращения), инфаркты, тромбозомболию легочной артерии, операции на сердце и сосудах сердца (стенотирование, шунтирование);
- не нахожусь на стационарном лечении и не нуждаюсь в уходе по состоянию здоровья;
- не обращался за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, не являюсь носителем ВИЧ и не болен СПИДом;
- мне неизвестно о наличии у меня заболеваний и последствий травм, которые могли бы потребовать оперативного лечения (кроме стоматологического лечения);
- в настоящий момент не беременна (для женщин).

Настоящим заявляю, что при заполнении данного заявления все поставленные страховой компанией вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны.

Я не состою на учете в диспансерах и иных лечебных учреждениях, не обращался за консультацией и лечением в связи со СПИДом или состоянием, связанным со СПИДом.

Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Я ознакомлен с содержанием статьи 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящем заявлении, являются полными и достоверными.

Я обязуюсь немедленно сообщить Страховщику обо всех изменениях в степени риска и ранее сообщенных сведениях.

Я предоставляю страховой компании право произвести индивидуальную оценку риска и, если будет необходимо, предложить мне изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку), предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование.

- Я разрешаю любому сотруднику АО «АльфаСтрахование», принимающему решение по вопросу заключения договора страхования с риском страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и болезней и/или рассмотрения заявленного страхового события по указанному риску, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" запрашивать и получать в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался, состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после моей смерти.

- Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, находящуюся в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался, состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, предоставлять документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), результаты всех проведенных анализов и иных исследований, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после моей смерти, в страховую компанию АО «АльфаСтрахование» для решения вопроса о выплате страхового обеспечения.

- Я согласен на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение /обновление, изменение, использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящем заявлении, в договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью любых средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в т.ч. Выгодоприобретателю(ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к договору страхования информацию. При этом мое согласие дается страховщику на весь срок действия договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи страховщику подписанного письменного уведомления.

- Я признаю использование факсимильной подписи и печати Страховщика и согласен, что использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования (в том числе их графического воспроизведения с помощью компьютерной программы) признается как оригинальная подпись уполномоченного Страховщиком лица, скрепленная печатью Страховщика, документы подписанные Страховщиком с использованием факсимильной подписи и печати признаются сторонами надлежащим образом оформленными. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи.

образец

образец