

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
«ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА МИКРОКРЕДИТ 2019»**

Форма № 5500

Страховщик: ПАО СК «РОСГОССТРАХ», Лицензия СИ № 0001

**ПОЛИС**

Серия №

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора индивидуального страхования от несчастных случаев (далее — Договор страхования) на основании Программы страхования от несчастных случаев «Финансовая защита МИКРОКРЕДИТ» в соответствии с Правилами страхования от несчастных случаев №81 Страховщика в редакции действующей на дату заключения Договора страхования (далее — Правила).

**СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО):**

Ф.И.О.

Адрес регистрации:	И	н	д	е	к	с	Дата рождения:	/	/	г.	Телефон:
Паспорт:	Серия	Номер		Кем выдан							
	Дата выдачи	Код подразделения									

**ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ:**

Ф.И.О.

Если при акцепте не будет указано лицо, то страхование осуществляется «за счет кого следует» (п.3. ст.930 ГК РФ)

**ПРИЗНАК ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

**СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВАЯ СУММА**

ВАРИАНТ:	СТРАХОВЫЕ РИСКИ (ВАРИАНТ СТРАХОВАНИЯ):	СТРАХОВАЯ СУММА, РУБ.:
3	- Смерть в результате несчастного случая и болезни - Инвалидность I, II группы в результате несчастного случая и болезни	

**СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:**

Цифрами Прописью руб. 00 коп.

Уплата страховой премии по Договору страхования осуществляется одновременно при заключении Договора страхования.

Дата заключения Договора страхования	/	/	г.
Срок действия Договора страхования с	/	/	г. до

**УСЛОВИЯ В ПРЕДЕЛАХ ОБЪЕМА ОБЯЗАТЕЛЬСТВ (по соглашению сторон):**

Я, Страхователь, подписывая настоящий Полис, подтверждаю, что: мой возраст в настоящее время превышает 18 лет и будет составлять не более 65 лет на момент окончания Договора страхования; я не являюсь инвалидом, и я не имею оснований (в том числе оформленных соответствующим документом, (направлением) для назначения инвалидности и не являясь инвалидом ранее, не прошедшим очередное переосвидетельствование МСЭ; я не страдаю и не страдал ранее психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами, алкоголизмом; я не принимаю и не принимал ранее наркотические, токсические, психотропные, сильнодействующие вещества без предписания врача; я не состою и ранее не состоял на учете, не получаю и не получал ранее лечебно-консультационную помощь в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере; я не нахожусь на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании, и не нуждаюсь в постоянном уходе по состоянию здоровья; я не обращался за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа и мне неизвестно, что я являюсь носителем ВИЧ; я не нахожусь под следствием и не осужден к лишению свободы.

Я утверждаю, что сведения, приведенные выше, соответствуют действительности, и я понимаю, что характер этих сведений является основанием для заключения Договора страхования между мной и ПАО СК «Росгосстрах». Я понимаю и согласен с тем, что ложные сведения, если они приведены мною выше, а также сокрытие фактов, касающихся нарушений моего здоровья, дают Страховщику право отказать страховой выплате.

Я даю свое согласие на предоставление медицинским учреждениям, страховым организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ПАО СК «Росгосстрах» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Я, Страхователь, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в порядке, установленном Правилами страхования, предоставляю согласие Страховщику, ПАО Банк «ФК Открытие» (115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2 стр. 4), АО «Открытие Холдинг» (115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2 стр. 4), АО «Открытие Брокер» (115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 4), ООО УК «ОТКРЫТИЕ» (115114, г. Москва, ул. Кожевническая, д. 14, стр. 5). Настоящее согласие дается для исполнения Договора страхования Страховщиком в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о продуктах и услугах вышеуказанных лиц. Страхователь и Страховщик (далее по тексту Стороны) пришли к соглашению об использовании факсимильного воспроизведения подписи представителя и оттиска печати Страховщика на всех документах, подписываемых Сторонами. При использовании Страховщиком указанных реквизитов (в том числе при помощи компьютерной техники) Стороны признают их аналогами подписи представителя и оттиска печати Страховщика.

Подпись	Ф.И.О.	Дата
---------	--------	------

**СТРАХОВАТЕЛЬ:**

**СТРАХОВЩИК:**

Мне известно, что я вправе досрочно прекратить Договор страхования, подав соответствующее письменное заявление Страховщику. При этом я понимаю и согласен с тем, что при моем досрочном отказе от договора страхования страховая премия не подлежит возврату, за исключением моего отказа от Договора страхования и уведомления об этом Страховщика в течение четырнадцати календарных дней со дня заключения договора страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Текст Правил №81 в электронном виде размещен по адресу www.rgs.ru/81. Условия Договора страхования мне понятны и я с ними согласен (-на). С Программой страхования от несчастных случаев «Финансовая защита МИКРОКРЕДИТ 2019» и памяткой ознакомлен (-а) и получил (-а). Правила и полис получил (-а).

ПАО СК «Росгосстрах»  
Адрес: 140002, Московская обл, г. Люберцы, ул. Парковая, д.3.  
Тел.: 8 (800) 200-0-900. www.rgs.ru  
Банковские реквизиты: р/с 4070181029400000176 в Финанс. Центральный ПАО Банка «ФК Открытие», к/с 30101810945250000297 БИК 044525297 ИНН/КПП 7707067088

Представитель Страховщика: Чернытович Станислав Юрьевич  
Доверенность: № 1869-Д от 03.09.2018

Подпись страхователя	Ф.И.О. страхователя	Подпись представителя Страховщика
----------------------	---------------------	-----------------------------------

