

Договор-оферта страхования от несчастных случаев и болезней №

Настоящий Договор-оферта (далее — Договор) страхования заключён на основании Правил комплексного ипотечного страхования № 6130/001 (https://astrovolga.ru/upload/iblock/600/h98btjkydmmx3vrtjwlopotkz1eb8t/2_Prav_6130_001-red_280223_KomIpotechStrakh_34I_korr.pdf) (далее по тексту — Правила), на условиях, изложенных на 4 (6 с приложением) страницах настоящего договора. Основанием для заключения договора страхования является заявление по страхованию от несчастных случаев и болезней Страхователя (Приложение № 1 к настоящему договору страхования). Условия настоящего Договора являются приоритетными перед положениями Правил.

СТРАХОВЩИК: АО "СК "Астро-Волга", ИНН 6315232133, КПП 631501001, ОКПО 36877760, ОГРН 1036300442045, расчетный счет: 40701810010240000064 в филиале "Центральный" Банка ВТБ(ПАО) в г. Москве БИК: 044525411, к/с: 30101810145250000411, юридический адрес: 443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, 167; тел. (846) 200-77-60; e-mail: sk@astrovolga.ru

1. УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЕННЫЕ СТОРОНАМИ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

1.1. Страхователь (Застрахованное лицо): _____

Адрес: _____

Дата рождения: _____ тел. _____, электронная почта: obrazec@mail.ru

Паспортные данные: серия № _____, выдан _____, код подразделения: _____

1.2. Выгодоприобретатель: ПАО Сбербанк в размере задолженности Застрахованного лица по кредитному договору № _____ от _____.202_ г. на дату наступления страхового случая.

1.3. Объект страхования: не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с риском причинением вреда здоровью Страхователя (Застрахованного лица), а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни (страхование от несчастных случаев и болезней).

1.4. Перечень страховых рисков, принятых на страхование, страховые суммы и страховые премии по принятым рискам:

Страховые риски	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб
- Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования (в соответствии с п. 3.3.2.1 Правил) - Смерть Застрахованного лица в результате заболевания (в соответствии с п.3.3.2.2 Правил) - Установление Застрахованному инвалидности I, II группы в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования (в соответствии с п.3.3.2.3 Правил). - Установление Застрахованному инвалидности I, II группы в связи с заболеванием (в соответствии с п.3.3.2.4 Правил). Смерть или установление I или II группы инвалидности (постоянная утрата трудоспособности), произошедшие по истечении срока действия договора страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в период действия договора страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня наступления несчастного случая/ диагностированного (впервые) заболевания или характерные симптомы заболевания впервые проявились в период действия договора страхования.		

1.4.1. Страховая сумма указывается в п.1.4 настоящего Договора страхования и устанавливается в размере не менее остатка ссудной задолженности застрахованного лица по кредитному договору, указанному в п.1.2 настоящего Договора на дату заключения договора страхования.

1.4.2. Страховая сумма является единой для всех событий, указанных в п.1.4 настоящего Договора.

1.4.3. Настоящий Договор страхования заключается путем его вручения Страхователю на бумажном носителе и/или путем его направления посредством электронного сообщения, направленного с электронной почты Страховщика (insur@astrovolga.ru) на электронную почту Страхователя, указанную в п.1.1 настоящего Договора, при этом Страховщик и Страхователь вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Договор страхования, Правила и памятку на бумажном носителе.

1.4.4. Порядок оплаты страховой премии: одновременно, безналично до .

1.5. Франшиза: не установлена.

1.6. Срок действия договора страхования: с 00ч. 00мин. _____.202_ г. и действует до 24 ч. 00 мин. _____.202_ г.

1.7. Территория страхования: весь мир. Период действия страхового покрытия - двадцать четыре часа в сутки.

1.8. Не являются страховыми случаями:

1.8.1. умышленные действия страхователя, застрахованного лица, выгодоприобретателя, или иного лица, заинтересованного в получении страховой выплаты, направленные на наступление страхового случая;

1.8.2. совершение страхователем, застрахованным лицом, выгодоприобретателем уголовного преступления, повлекшего за собой наступление страхового случая;

1.8.3. самоубийство застрахованного лица (покушение на самоубийство), за исключением тех случаев, когда к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет или заключался таким образом, что страхование действовало непрерывно в течение двух лет, или когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

1.8.4. нахождение застрахованного лица в момент наступления страхового случая в состоянии алкогольного отравления, наркотического или токсического опьянения (отравления) в результате употребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки) - данное исключение не распространяется на события, произошедшие не по вине застрахованного лица;

1.8.5. управление застрахованным лицом транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории и/или в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также передачи застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории и/или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

1.8.6. заболевание СПИД (ВИЧ-инфекция), за исключением случаев, когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных/внутримышечных инъекций или трансплантации органов, а также в случаях, когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица;

1.8.7. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

1.8.8. военные действия, а также маневры или иные военные мероприятия;

1.8.9. гражданская война, народные волнения всякого рода или забастовки, а также прохождение Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах и учениях.

Данный перечень исключений является исчерпывающим.

2. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

2.1. Договор страхования прекращается в случаях, оговоренных в разделе 9 Правил.

2.2. При досрочном расторжении Договора страхования в случаях, предусмотренных п. 9.3. Правил, Страховщик осуществляет возврат части уплаченной Страхователем страховой премии, если на момент прекращения договора страхования не производилась страховая выплата и отсутствуют заявленные Страхователем убытки.

2.3. При расчете возвращаемой Страхователю страховой премии за неистекший период действия Договора страхования Страховщик удерживает в свою пользу часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за исключением случая, когда Страхователь – физическое лицо обратился к Страховщику с заявлением о расторжении Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная страховая премия возвращается Страхователю:

– в полном размере, при отказе от Договора страхования до даты начала действия Договора страхования;

– с удержанием Страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования, при отказе от Договора после даты начала действия Договора страхования.

При этом договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 01 минуты даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от него, но в любом случае не позднее 24 часов 00 минут четырнадцатого календарного дня с даты заключения Договора страхования.

2.4. Возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за неистекший период действия Договора страхования осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя. По выбору Страхователя возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за неистекший период действия Договора страхования производится безналичным платежом на расчетный или лицевой счет Страхователя, открытый в банковском учреждении, или наличными деньгами в установленном законодательством порядке.

3. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

3.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Обстоятельствами существенно влияющими на увеличение страхового риска могут быть только социально значимые заболевания в соответствии с перечнем социально значимых заболеваний, утвержденных постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 года №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

3.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.

3.3. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Страховщик обязан.

4.1.1 Не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном и Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

4.1.2. Произвести страховую выплату (отказать в выплате) при наступлении страхового случая в соответствии положениями Правил, при этом после получения всех документов, предусмотренных разделом 11 Правил, Страховщик рассматривает заявление о страховой выплате и предусмотренные Правилами приложенные к нему документы в течение 15 (пятнадцати) календарных дней со дня их получения от Страхователя. В течение указанного срока Страховщик принимает решение о признании события страховым случаем или направляет мотивированный отказ Страхователю в такой выплате в течении трех дней от даты принятия решения. При признании события страховым случаем Страховщик обязан проинформировать Выгодоприобретателя о намерении осуществить выплату страхового возмещения в течении 2 (двух) рабочих дней от даты признания события страховым случаем (в ответ Выгодоприобретатель не позднее 5 (пяти) рабочих дней от даты получения извещения от Страховщика о намерении осуществить выплату страхового возмещения страхователю, уведомляет о размере задолженности страхователя по кредиту на дату наступления страхового случая и порядке выплаты страхового возмещения) и в течении 5 (пяти) рабочих дней после получения письменного уведомления Выгодоприобретателя произвести страховую выплату.

4.1.3. информировать ПАО Сбербанк в письменной форме:

- о принятии решения о непризнании страхового события страховым случаем - в течение 2 (двух) рабочих дней с даты, принятия такого решения Страховщиком;

- о признании страхового события страховым случаем и намерении осуществить выплату страхового возмещения, в течении 2 (двух) рабочих дней с даты принятия такого решения страховщиком;

- о невыполнении страхователем обязанностей по договору страхования, которые могут повлиять на осуществление выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая – в течение 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем выявления нарушения страхователем условий договора страхования;

- о поступлении от страхователя уведомления о намерении заменить выгодоприобретателя – направлением уведомления ПАО Сбербанк в течение 1 (одного) рабочего дня с момента поступления информации, до внесения изменений в договор страхования, на электронный адрес NSK-SRB@sberbank.ru, с обязательным указанием следующих реквизитов по договору страхования: Ф.И.О. заемщика, номера кредитного договора, номера договора страхования, срока действия, страховой суммы, страховой премии, даты изменения выгодоприобретателя по договору;

- о любом событии, которое может привести к изменению плательщика страхового возмещения (указать кто является плательщиком) по договорам страхования, в течение 2 (двух) рабочих дней с момента принятия такого решения;

- о досрочном прекращении договора страхования (в т.ч. по договорам, расторгнутым в связи с отказом страхователя от договора в Период охлаждения) в течение 1 (одного) рабочего дня с момента прекращения, путем направления уведомления на электронный адрес NSKSRB@sberbank.ru, с обязательным указанием следующих реквизитов по договору страхования: Ф.И.О. заемщика, номера кредитного договора, номера страхового полиса, срока действия, страховой суммы, страховой премии, в случае страхования залога – адреса объекта недвижимости, места заключения страхового полиса (региона РФ), даты расторжения /досрочного прекращения.

4.2. Страховщик имеет право.

4.2.1. Потребовать признания договора страхования недействительным, если по результатам расследования будет установлено, что при заключении Договора страхования Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков.

4.2.2. Принимать участие в качестве третьего лица в суде при рассмотрении любого дела, связанного со страховым случаем.

4.3. Страхователь обязан.

4.3.1. При заключении Договора страхования и в период его действия сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

4.3.2. Письменно сообщать Страховщику в 3-дневный срок (не считая выходных и праздничных дней), начиная со дня, когда Страхователю стало об этом известно:

- 4.3.2.1. обо всех изменениях в сведениях, сообщенных им при заключении Договора страхования и отраженных в письменном заявлении на страхование;
- 4.3.2.2. о получении возмещения за убытки от Третьих лиц.
- 4.3.2.3. о случившемся в течение 30 (тридцати) суток со дня причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного.
- 4.3.3 Незамедлительно заявить (известить) о случившемся в компетентные органы.
- 4.3.4. Выдать при необходимости доверенность на представление интересов Страхователя в суде и иных компетентных органах лицам, указанным Страховщиком.
- 4.3.5. В случае обращения к Страховщику с заявлением о страховом случае по рискам, указанным в разделе 1 настоящего Договора, Страхователь обязан по требованию Страховщика обеспечить прохождение Застрахованным лицом медицинского освидетельствования (в т.ч. контрольное освидетельствование в бюро МСЭ).
- 4.4. Страхователь имеет право.
- 4.4.1. Обратиться к Страховщику с Заявлением о выплате страхового возмещения (страховой выплате) в связи с наступлением страхового случая.
- 4.4.2. отказать от Договора;
- 4.4.3. назначить или заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика (с согласия Застрахованного), за исключением случаев, когда Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.
- 4.5. Перечень прав и обязанностей Сторон, перечисленных в данном разделе, не является исчерпывающим. Стороны по договору страхования также несут другие права и обязанности, не предусмотренные в настоящем разделе, но возлагаемые на участников договорных отношений действующим гражданским законодательством, Правилами и настоящим договором страхования.

5. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ (ОБЕСПЕЧЕНИЯ)

- 5.1. При наступлении страховых случаев, указанных в п. 1.4. настоящего Договора, размер страховой выплаты определяется:
- в случае смерти Застрахованного страховая выплата производится в размере 100 % от страховой суммы, указанной в п.1.4. настоящего Договора страхования;
 - в случае стойкой утраты Застрахованным общей трудоспособности с получением Застрахованным инвалидности I или II группы – 100% от страховой суммы, указанной в п.1.4 настоящего Договора страхования;
- 5.2. Страховая выплата производится Выгодоприобретателю в пределах ссудной задолженности по Кредитному договору, указанному в п.1.2. настоящего Договора на дату принятия решения о страховой выплате. Часть суммы страховой выплаты превышающая причитающуюся к выплате Выгодоприобретателю, выплачивается Страхователем либо иным лицом: наследникам Страхователя; назначенному им лицу являющимся получателем страховой выплаты по риску страхования от несчастных случаев и болезней.
- Если на дату составления страхового акта Страхователь или Выгодоприобретатель получит возмещение за убытки от третьих лиц, то в этом случае Страховщик оплачивает лишь разницу между суммой, подлежащей оплате по условиям страхования и суммой, полученной Страхователем или Выгодоприобретателем от третьих лиц.
- 5.3. Страховое возмещение выплачивается Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы и в размере задолженности застрахованного лица по кредитному договору, указанному в п.1.2 настоящего Договора, на дату наступления страхового случая, при предъявлении последним настоящего договора и Кредитного договора.
- 5.4. Для получения страхового возмещения Страхователь или Выгодоприобретатель должны представить Страховщику документы, указанные в разделе 11 Правил.

6. ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Во всем, что прямо не оговорено в настоящем Договоре страхования, Стороны руководствуются положениями Правил.
- 6.2. Стороны признают, что использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати АО «Страховая компания «Астро-Волга» с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати АО «Страховая компания «Астро-Волга» признается как оригинальная подпись уполномоченного Страховщиком лица, скрепленная печатью АО «Страховая компания «Астро-Волга».
- 6.3. На основании ст.435, 438 ГК РФ согласием Страхователя заключить настоящий Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата страховой премии. В случае неуплаты страховой премии в срок и размере, указанные в пп. 1.4, 1.4.4 настоящего Договора, оферта считается отозванной, Договор страхования считается незаключенным и не вступившим в силу.
- 6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь в том случае, когда они осуществлены путем оформления дополнительного соглашения в той же форме, что и Договор.
- 6.5. Отдельные условия настоящего Договора разъяснены в Памятке.
- 6.6. Стороны согласовали, что взаимодействие между сторонами осуществляется посредством почтовой связи путем направления корреспонденции по месту регистрации сторон или телефонной связи.

7. ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ

Оплачивая страховую премию по настоящему Договору подтверждаю и гарантирую, что:

- предоставил до оформления настоящего Договора свое согласие на обработку своих персональных данных своей волей и в своем интересе АО «Страховая компания «Астро-Волга» (РФ, 443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, 167), указанных в договоре страхования, и иных сопутствующих документах, с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (доступ), блокирование, удаление, уничтожение с целью предоставления страховых услуг (обеспечение страховой защиты личных, имущественных интересов), идентификации, произведения взаиморасчетов, выполнения договорных обязательств, осуществления финансово-хозяйственной, уставной деятельности Страховщика.
- ознакомлен и получил следующую информацию:
 - об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
 - об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
 - о применяемых франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;
 - об отсутствии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
 - о размере страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
 - о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
 - о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

- о праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

3. уведомлен о полной ответственности за сведения, указанные в настоящем Договоре страхования. В соответствии со ст. 944 Гражданского Кодекса РФ и положениями Правил предоставление заведомо ложных сведений при заключении договора страхования может послужить основанием для отказа в выплате страхового возмещения.

4. уведомлен о возможности ознакомления с информацией, которую страховщик (в соответствии с п. 3.3.1 Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц — получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации) представляет при заключении договора страхования, на официальном сайте компании в сети «Интернет».

5. уведомлен о размещении Правил комплексного ипотечного страхования (№ 6130/001) в сети «Интернет» по адресу:
https://astrovolga.ru/upload/iblock/600/h98btjckydmmx3vrtjbwlopotkz1eb8t/2_Prav_6130_001-red_280223_-KomlpotechStrakh_34I_-korr.pdf

6. проинформирован о способах и порядке заключения Договора страхования, а также о необходимости ознакомления с Правилами и договором страхования.

7. проинформирован об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая.

8. ознакомлен с пакетом страховой документации (памятка, настоящий договор) до его получения на электронную почту.

9. несу ответственность за утрату доступа к электронной почте, указанной в п.1.1. настоящего договора, её работоспособность, техническую возможность и наличие подключения к сети «Интернет».

10. Указанный в п.1.1 настоящего Договора адрес электронной почты принадлежит (используется) только мной в независимости от того, на кого данный адрес электронной почты зарегистрирован.

Страховщик: АО «Страховая компания «Астро-Волга» в лице Генерального директора АО «Страховая компания «Астро-Волга»

Остудина Ярослава Владимировича, действующего на основании Устава _____

Дата заключения договора страхования __.__.202__ г.



**ЗАЯВЛЕНИЕ
ПО СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

1. СТРАХОВАТЕЛЬ

1.1. Ф.И.О.			
1.2. Паспортные данные	серия № _____, выдан _____.20__ г., _____, код подразделения: ____ - ____		
1.3. Гражданство	РФ	1.4. Семейное положение	
1.5. Место и дата рождения	_____.19__ г., _____		
1.6. Адрес	_____		
	Постоянной регистрации		
	Фактического проживания		
1.7. Контакты	, obrazec@mail.ru		

2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

ПАО Сбербанк в размере ссудной задолженности Застрахованного лица по кредитному договору № 010101 от 01.01.2020 г. на дату наступления страхового случая.
Прошу заключить договор добровольного страхования от несчастных случаев и болезней в соответствии с Правилами комплексного ипотечного страхования № 6130/001 на следующих условиях:

3. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховые риски:
- Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования (в соответствии с п. 3.3.2.1 Правил).
- Смерть Застрахованного лица в результате заболевания (в соответствии с п.3.3.2.2 Правил);
- Установление Застрахованному инвалидности I, II группы в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования (в соответствии с п.3.3.2.3 Правил).
- Установление Застрахованному инвалидности I, II группы в связи с заболеванием (в соответствии с п.3.3.2.4 Правил).
Смерть или установление I или II группы инвалидности (постоянная утрата трудоспособности), произошедшие по истечении срока действия договора страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в период действия договора страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня наступления несчастного случая/ диагностированного (впервые) заболевания или характерные симптомы заболевания впервые проявились в период действия договора страхования.

3.2. Страховая сумма	
3.3. Срок действия договора	с _____.20__ г. по _____.20__ г.
3.4. Порядок и форма оплаты	

3.5. Застрахованные лица:

3.5.1. Сведения о Застрахованном лице

Ф.И.О.	_____		
Паспортные данные	серия № _____, выдан _____.20__ г., _____, код подразделения: ____ - ____		
Гражданство	РФ	Семейное положение	
Место и дата рождения	_____.19__ г., _____		
Адрес	_____		
	Постоянной регистрации		
	Фактического проживания		
Контакты			
Место работы (наименование органа)			
Профессия			

Сведения о здоровье Застрахованного лица

Рост	Вес	Артериальное давление	мм.рт.ст.
Наличие инвалидности: нет да	Нахождение на учете в психоневрологическом диспансере: нет да		
Наличие в прошлом и/или настоящем заболеваний сердечно-сосудистой системы:			
Тромбофлебит: нет да	Ишемическая болезнь сердца: нет да	Инфаркт миокарда: нет да	
Наличие в прошлом и/или настоящем заболеваний нервной системы:			
Эпилепсия нет да	Паралич, парез нет да	Рассеянный склероз нет да	Инсульт нет да
Болезнь Паркинсона нет да	Другие заболевания нет да		
Наличие в прошлом и/или настоящем заболеваний пищеварительной системы:			
Цирроз печени нет да	Холецистит, желчнокаменная болезнь нет да	Гастрит нет да	
Язва желудка нет да	Панкреатит нет да	Другие заболевания нет да	
Наличие в прошлом и/или настоящем заболеваний дыхательной системы:			
Астма нет да	Хронический бронхит нет да	Пневмокониоз нет да	
Эмфизема нет да	Другие заболевания нет да		
Наличие в прошлом и/или настоящем заболеваний почек:			
Мочекаменная болезнь нет да	Единственная почка нет да	Другие заболевания нет да	

Опущение почки	нет	да	Пиелонефрит	нет	да	Гломерулонефрит	нет	да
Наличие в прошлом и/или настоящем заболеваний крови								
Анемия	нет	да	Лейкемия	нет	да	Гемофилия	нет	да
Наличие в прошлом и/или настоящем заболеваний эндокринной системы								
Сахарный диабет	нет	да	Гипертиреоз	нет	да	Зоб	нет	да
Наличие в прошлом и/или настоящем других заболеваний								
Онкологические заболевания	нет	да	Алкоголизм	нет	да	Туберкулез	нет	да
Гепатит	нет	да	СПИД	нет	да	Другие заболевания	нет	да

Настоящим подтверждаю, что:

- уведомлен о полной ответственности за сведения, указанные в настоящем Договоре страхования. Понимаю, что характер сведений, указанный в разделе «Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица», является основанием для оценки степени риска и определения условий страхования, включая определение размера страховой премии, так же мне разъяснено, что в соответствии со ст. 944 Гражданского Кодекса РФ и положениями Правил № 6130/001 комплексного ипотечного страхования предоставление заведомо ложных сведений при заключении договора страхования может послужить основанием для признания договора недействительным.
- ознакомлен с информацией, которую АО «Страховая компания «Астро-Волга» (в соответствии с п. 2.1.2 Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц — получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации) представляет при заключении договора страхования, так же ознакомлен и уведомлен, что доля страховой премии, предназначенная для исполнения обязательств страховщика по страховой выплате, составляет двадцать восемь процентов.
- ознакомлен с информацией, которую АО «Страховая компания «Астро-Волга» (в соответствии с п. 3.3.1 Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц — получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации) представляет при заключении договора страхования, на официальном сайте компании в сети «Интернет».
- уведомлен о размещении Правил № 6130/001 комплексного ипотечного страхования в сети Интернет по адресу: https://astrovolga.ru/upload/iblock/600/h98btjkydmmx3vrtjwbwlopotkz1eb8t/2_Prav_6130_001-red_280223_-KomlpotechStrakh_341_korr.pdf
- уведомлен об отсутствии дополнительных условий для заключения договора страхования, включая медицинское обследование Застрахованного лица;
- проинформирован о способах и порядке подачи в АО «Страховая компания «Астро-Волга» заявления о заключении договора страхования, а также о необходимости ознакомления с Правилами комплексного ипотечного страхования (№ 6130/001) и договором.
- взаимодействие между сторонами по заключению, внесению изменений и иному исполнению договора страхования осуществляется по средствам почтовой связи путем направления корреспонденции по месту регистрации сторон.
- Я, _____, паспорт серия _____ № _____, разрешаю любому лечебному учреждению или врачу куда и к кому я обращался(-ась) предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, а также результаты медицинских исследований по требованию АО «Страховая компания «Астро-Волга». Предоставляю свои персональные данные и даю согласие на обработку своих персональных данных своей волей и в своем интересе АО «Страховая компания «Астро-Волга» (РФ, 443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, 167), указанных в договоре страхования, в настоящем заявлении и иных сопутствующих документах, с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (доступ), блокирование, удаление, уничтожение с целью предоставления страховых услуг (обеспечение страховой защиты личных, имущественных интересов), идентификации, произведения взаиморасчетов, выполнения договорных обязательств, осуществления финансово-хозяйственной деятельности Страховщика. Также даю согласие на возможную передачу и дальнейшую необходимую обработку моих персональных данных партнерам АО «Страховая компания «Астро-Волга» в соответствии с утвержденным перечнем партнеров. Несу персональную ответственность за получение согласия на обработку персональных данных от физических лиц, чьи персональные данные указаны в договоре страхования, заявлении на страхование. Данное согласие действует в течение срока действия договора страхования до момента отзыва согласия. Отзыв данного согласия осуществляется в письменной форме, но не раньше срока, необходимого Страховщику для осуществления своих обязательств по договору страхования и финансово-хозяйственной деятельности согласно уставу в соответствии с требованиями законодательства РФ, внутренними нормативными актами. С перечнем партнеров Страховщика ознакомлен(а). Настоящее согласие действует с момента подписания договора страхования в течение срока, предусмотренного Положением о персональных данных. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путём направления заявления об отзыве персональных данных, составленного в письменной форме и предоставленного АО «Страховая компания «Астро-Волга» в установленном законом порядке. С положением «О персональных данных» и с соглашением о передаче данных ознакомлен.
- с условиями страхования ознакомлен и согласен, Договор страхования и памятку получил.
- обязуюсь во исполнение требований ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» предоставить АО «Страховая компания «Астро-Волга» по запросу документы и сведения для проведения идентификации, а также в случае необходимости обновления данных сведений.
- не являюсь публичным должностным лицом и/или его родственником, лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ или международной организации, должность в организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. Так же подтверждаю, что не имею регистрации места жительства/нахождения, счета в банке в государстве (на территории), не выполняющем (-ей) рекомендации ФАТФ.
- уведомлен, что процесс досудебного урегулирования споров между мной и АО «Страховая компания «Астро-Волга» осуществляется с учетом норм, установленных Федеральным законом от 04.06.2018 г. №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».