



ПОЛИС ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «Наследие 4.1» №XXXXXXXXXX

г. Москва

дата выдачи Полиса: 29.11.2024

Договор страхования заключается на основании Правил накопительного страхования жизни (вариант 2), утвержденных Приказом от 31.03.2023 № 230331-08-од (далее – «Правила страхования»). Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса (далее – «Договор», «Договор страхования»).

1. СТРАХОВЩИК	
ООО "СК "Ренессанс Жизнь", 121614, Россия, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д.17, к. 1, Тел.: 8 (495) 981-29-81, www.renlife.ru, ИНН 7725520440, КПП 773101001; КПП крупнейшего налогоплательщика 997950001, Р/С 40701810800001410925, В АО "Райффайзенбанк", г.Москва, БИК 044525700, К/С 30101810200000000700, Лицензия ЦБ РФ СЖ № 3972 от 26.10.2023; Лицензия ЦБ РФ СЛ № 3972 от 26.10.2023	
2. СТРАХОВАТЕЛЬ	
Ф.И.О	Фамилия Имя Отчество
ПОЛ:	Женский
ДАТА РОЖДЕНИЯ	01.01.1990
МЕСТО РОЖДЕНИЯ	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ ПОЧТОВЫЙ	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	
ТЕЛЕФОНЫ:	Мобильный: Домашний:
АДРЕС(-А) ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:	
ГРАЖДАНСТВО:	Россия
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*	НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?**: если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN):	НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)? если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории):	НЕТ
3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ	
Ф.И.О.	Фамилия Имя Отчество
ПОЛ:	Женский
ДАТА РОЖДЕНИЯ	01.01.1990
МЕСТО РОЖДЕНИЯ	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	
ИНН:	
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	
ТЕЛЕФОНЫ:	Мобильный: Домашний:
АДРЕС(-А) ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:	
ГРАЖДАНСТВО:	Россия
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*	НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?**: если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN):	НЕТ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)? если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории):	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 www.renlife.ru.

** 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 www.renlife.ru.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

Страховые риски	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.
4.1. Программа «Смешанное страхование жизни»: 4.1.1. Смерть Застрахованного по любой причине *; 4.1.2. Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования	745 000,00	492 217,20
4.2. Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая;	500 000,00	4 281,99
4.3. Смерть Застрахованного, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия	500 000,00	2 505,76
4.4. Инвалидность Застрахованного 1-й группы, наступившая в результате несчастного случая	500 000,00	799,25
4.5. Обращение Застрахованного к Страховщику/в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования (далее – программа медицинского страхования «Телемедицина») **	50 000,00	195,80

*Любая причина - событие (болезнь или несчастный случай), возникшее в течение действия Договора, а также самоубийство, при условии, что к моменту самоубийства Договор страхования действовал не менее 2 (двух) лет.

** Порядок оказания услуг при наступлении страхового случая по Программе «Телемедицина» указан в Программе медицинского страхования «Телемедицина».

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ СУММА: отсутствует.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ: С 30.11.2024 Г. ПО 29.11.2029 Г.

СРОК СТРАХОВАНИЯ по страховому риску «Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования»:

НАЧАЛО: 00:00 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии

ОКОНЧАНИЕ: 23:59 даты окончания срока действия договора страхования

СРОК СТРАХОВАНИЯ по страховому риску Смерть Застрахованного по любой причине

НАЧАЛО: 00:00 91-го (девяносто первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии

ОКОНЧАНИЕ: 23:59 даты окончания срока действия договора страхования

СРОК СТРАХОВАНИЯ по страховым рискам «Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая», «Смерть Застрахованного, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия», «Инвалидность Застрахованного 1-й группы, наступившая в результате несчастного случая»:

НАЧАЛО: 00:00 4-го (четвертого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии

ОКОНЧАНИЕ: 23:59 даты окончания срока действия Договора страхования

СРОК СТРАХОВАНИЯ по Программе «Телемедицина»:

НАЧАЛО: с 00 час. 00 мин. 15-го (пятнадцатого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии

ОКОНЧАНИЕ: 23:59 даты окончания первого страхового года.

6. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ: единовременно

Страховая премия уплачивается в день выдачи Полиса.

В случае неоплаты/ не полной оплаты Страхователем страховой премии в установленный Договором срок, Договор страхования считается не вступившим в силу/незаключенным.

7. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО

ФИО Выгодоприобретателя	Дата рождения	Родственные и/или иные отношения	Доля от страховой выплаты, %
-	-	-	-

8. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ ЗАСТРАХОВАННОГО:

Акцептуя настоящий Полис (оплачивая страховую премию) Страхователь от своего имени и от имени Застрахованного заявляет, что Застрахованный:

- является лицом в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет на дату заключения Договора страхования и до 75 (семидесяти пяти) полных лет на дату окончания срока действия Договора страхования;



- НЕ является инвалидом, лицом, требующим постоянного ухода; НЕ ограничен в движении; НЕ страдает мышечной дистрофией, невротическими расстройствами, психическими заболеваниями; НЕ употребляет наркотики, токсические вещества, НЕ страдает алкоголизмом, НЕ состоит по перечисленным причинам на диспансерном учете;
- НЕ является ВИЧ-инфицированным; НЕ страдает СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита);
- НЕ страдает/ НЕ страдал(а) за последние 10 лет следующими заболеваниями: нарушение зрения более 7 (семи) диоптрий, хроническая почечная недостаточность, поликистоз почек, гемофилия, сердечно-сосудистая патология (включая ишемическую болезнь сердца, аритмии (включая мерцательную аритмию), гипертонию (II-IV степени), тромбозы, аневризмы сосудов, перенесенные инфаркты, инсульты, операции на сердце и сосудах и т.п.), хронические заболевания систем пищеварения (в том числе, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка/двенадцатиперстной кишки, цирроз печени, хронический гепатит, хронический панкреатит), иммунной системы, системы кроветворения, опорно-двигательной системы, эндокринной системы (в том числе сахарный диабет, заболевания щитовидной железы или иные заболевания, требующие постоянного приема гормональных препаратов), злокачественные опухоли любой локализации, доброкачественные опухоли, хронические заболевания дыхательной системы (включая хроническая обструктивная болезнь легких, саркоидоз, туберкулез), а также иными хроническими заболеваниями, требующими постоянных консультаций, лечения, обследований или наблюдения;
- За последние 5 (пять) лет НЕ переносил травм головы, НЕ находился на больничном листе сроком 4 (четыре) недели и более подряд; не переносил операции и не находился на стационарном лечении (за исключением операции по поводу исправления носовой перегородки, удаления миндалин, аппендицита, стоматологических операций);
- НЕ связан с особым риском в связи с трудовой деятельностью (например: облучение, работа с химическими и взрывчатыми веществами, источниками повышенной опасности, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, инкассация, испытания, авиация, за исключением состава экипажа самолетов на пассажирских рейсах) и НЕ занимается на систематической основе хобби с повышенным риском (например, скалолазание, альпинизм, погружение под воду на глубину более 40 метров, в подводные пещеры, к останкам судов или строений, находящихся на дне, независимо от глубины погружения, прыжки с парашютом, автоспорт и мотоспорт, непрофессиональная авиация, авиационные виды спорта);
- НЕ выкуривает более 30 (тридцати) сигарет в день;
- НЕ страдает ожирением II-III степени, НЕ имеет недостаточность веса (дефицит массы тела).

Если в настоящее время Застрахованный проходит обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из вышеуказанных заболеваний или состояний, либо ожидает результатов диагностики, Застрахованному следует дождаться получения результатов для подтверждения настоящей Декларации.

При невозможности подтверждения Декларации Договор страхования не может быть заключен.

Акцептуя настоящий Полис (оплачивая страховую премию), Страхователь подтверждает настоящую Декларацию и заявляет:

Я согласен(-на) с утверждениями настоящей Декларации, т.е. я подтверждаю достоверность сведений, содержащихся в этих утверждениях. Я понимаю, что предоставление ложных и/или неполных сведений, равно как и отказ в предоставлении информации, может повлечь отказ в страховой выплате

Акцептуя настоящий Полис (оплачивая страховую премию), Страхователь и Застрахованный заявляют:

1. В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь от своего имени и имени Застрахованного (далее – «Субъекты ПДн») предоставляют ООО «СК «Ренессанс Жизнь» согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в том числе трансграничную), предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление 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 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 путем 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.

2. Я уполномочиваю любое лечебное учреждение, любой организационно-правовой формы, оказывавшее мне любые медицинские услуги, предоставлять по требованию ООО «СК «Ренессанс Жизнь», в том числе и после моей смерти, копии медицинских документов - карты стационарного больного, истории болезни, выписные, переводные, этапные, посмертные эпикризы, карты амбулаторного больного, выписки, справки, заключения экспертов как в связи со страховыми случаями, так и в связи с оценкой степени страхового риска по Договору страхования.



3. Страхователь от своего имени и от имени Застрахованного с целью оценки страховых рисков и проверки сведений о них в целях заключения и исполнения Договора страхования дает Страховщику согласие на получение информации из кредитной истории/части кредитной истории и иной информации в Бюро кредитных историй и др. 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.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

9.1. Акцептом Полиса, в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации, является оплата Страхователем страховой премии. Страхователь подтверждает свое согласие на добровольное заключение Договора страхования и факт принятия Полиса путем оплаты страховой премии.

9.2. Механическое воспроизведение/электронное изображение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика в настоящем Договоре, а также во всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документы типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом таких документов. Документы, содержащие механическое воспроизведение/электронное изображение подписей уполномоченных лиц Страховщика и изображение оттиска печати Страховщика, имеют силу, аналогичную документам, собственноручно подписанным уполномоченными лицами Страховщика и проставленным оттиском печати Страховщика.

9.3. Все письменные заявления Страхователя/Застрахованного, относящиеся к настоящему Договору, а также все приложения и дополнения к настоящему Договору являются его составной и неотъемлемой частью.

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

9.5. Информация о местах приема заявлений на страховую выплату с необходимыми документами, в соответствии с Разделом 9 Правил страхования, указана на официальном сайте Страховщика www.renlife.ru.

9.6. Страховая выплата по страховым рискам «Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования», «Смерть Застрахованного по любой причине», «Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая», «Смерть Застрахованного, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия», «Инвалидность Застрахованного I группы в результате несчастного случая» осуществляется путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя. Страховая выплата по программе «Телемедицина» осуществляется путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному в соответствии с Программой медицинского страхования «Телемедицина» услуг, в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний/учреждений, оказавших указанные услуги.

9.7. В случае противоречий между условиями настоящего Договора и Правилами страхования приоритет имеют положения настоящего Договора.

9.8. Отдельные условия Договора страхования разъяснены в Памятке по Договору накопительного страхования жизни (далее – «Памятка»).

9.9. Акцептуя настоящий Полис (оплачивая страховую премию), Страхователь выражает желание заключить Договор страхования и подтверждает, что до оформления Договора страхования получил полную и достоверную информацию о Договоре страхования, в том числе об условиях и рисках, связанных с его исполнением; ознакомлен с содержанием Ключевого информационного документа, все положения Ключевого информационного документа об условиях договора добровольного страхования были ему разъяснены и полностью понятны; экземпляр Ключевого информационного документа в письменной форме получил.

9.10. Акцептуя настоящий Полис (оплачивая страховую премию), Страхователь подтверждает, что Правила страхования, Памятка, Программа медицинского страхования «Телемедицина» ему вручены, с указанными документами Страхователь ознакомлен и согласен.

Вручением Правил страхования считается ознакомление с ними на официальном сайте Страховщика по ссылке https://www.renlife.ru/upload/medialibrary/4c1/pravila_nakopitelnogo_strahovaniya_zhizni_v2_31.03.2023_№230331-08-od.pdf. Вручением Программы медицинского страхования «Телемедицина» считается ознакомление с ней на официальном сайте Страховщика по ссылке https://www.renlife.ru/upload/medialibrary/480/programma_telemedecina.pdf. По требованию Страхователя Страховщик обязан выдать Правила страхования, Программу медицинского страхования «Телемедицина» на бумажном носителе.

10. 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, РУБ.
1	1	30.11.2024	29.11.2025	400 000,00
2	2	30.11.2025	29.11.2026	425 000,00
3	3	30.11.2026	29.11.2027	450 000,00
4	4	30.11.2027	29.11.2028	475 000,00
5	5	30.11.2028	29.11.2029	500 000,00

Приложения к Договору:

- Памятка по Договору накопительного страхования жизни;
- Программа «Телемедицина».

Страховщик:

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



ОБРАЗОК