

ПОЛИС ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «НСЖ с кешбэком 2.0» № _____

Дата выдачи Полиса: «__» _____ 20__ г.

Настоящим Полисом ООО «СК «Ренессанс Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, в соответствии со ст. 435, 438 и ст. 940 ГК РФ предлагает Страхователю заключить Договор страхования (далее – Договор, Полис) в соответствии с Правилами страхования жизни с инвестированием капитала, утвержденными приказом от __. __. ____ № _____ (далее – Правила страхования).

Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса. Акцептом настоящего Полиса в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика в день выдачи Полиса, в противном случае оферта, изложенная в настоящем Полисе, прекращает свое действие. При наличии противоречий между положениями настоящего Полиса и Правилами страхования преимущественную силу имеют условия настоящего Полиса.

1. СТРАХОВЩИК	
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»	
<реквизиты Страховщика>	
2. СТРАХОВАТЕЛЬ	
Ф.И.О:	
ПОЛ:	
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ (серия, номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения)	
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	
МОБ. ТЕЛЕФОН:	
Е-МАЙЛ:	
ГРАЖДАНСТВО:	
ИНН (при наличии):	
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*	нет ИПДЛ Родственник ИПДЛ РПДЛ родственник РПДЛ МПДЛ родственник МПДЛ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?***: если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN):	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)? если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории):	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
ДЛЯ СТРАХОВАТЕЛЕЙ – ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА: СВЕДЕНИЯ О МИГРАЦИОННОЙ КАРТЕ/СВЕДЕНИЯ О ДОКУМЕНТЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕМ ПРАВО НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РФ:	

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ	
Ф.И.О:	
ПОЛ:	
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ (серия, номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения)	
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	
МОБ. ТЕЛЕФОН:	
Е-МАЙЛ:	
ГРАЖДАНСТВО:	

ИНН (при наличии):	
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА?*	нет ИПДЛ Родственник ИПДЛ РПДЛ родственник РПДЛ МПДЛ родственник МПДЛ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?**: если ДА - указать иностранный идентификационный номер налогоплательщика (ТIN):	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНЫХ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ (ТЕРРИТОРИЙ)? если ДА - указать, каких и иностранный идентификационный номер налогоплательщика (ТIN) для каждого государства (территории):	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ – ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА: СВЕДЕНИЯ О МИГРАЦИОННОЙ КАРТЕ/СВЕДЕНИЯ О ДОКУМЕНТЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕМ ПРАВО НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РФ:	

*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

**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, ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ, СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА:

Страховые риски	Страховая сумма (<валюта договора>)	Страховая выплата
4.1. Дожитие Застрахованного до даты окончания срока действия договора страхования		100% страховой суммы
4.2. Дожитие Застрахованного до дат, установленных в Договоре страхования		1. В случае дожития до даты _____ – единовременно в размере ___% от оплаченного страхового взноса за первый год страхования / от суммы оплаченных страховых взносов. 2. В случае дожития до даты _____ – единовременно в размере ___% от оплаченного страхового взноса за второй год страхования / от суммы оплаченных страховых взносов. 3. В случае дожития до даты _____ – единовременно в размере ___% от оплаченного страхового взноса за третий год страхования / от суммы оплаченных страховых взносов. 4. В случае дожития до даты _____ – единовременно в размере ___% от оплаченного страхового взноса за четвертый год страхования / от суммы оплаченных страховых взносов. 5. В случае дожития до даты _____ – единовременно в размере ___% от оплаченного страхового взноса за пятый год страхования / от суммы оплаченных страховых взносов.
4.3. Смерть Застрахованного по любой причине		В размере оплаченных страховых взносов
4.4. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, а именно дорожно-транспортного происшествия. Дорожно-транспортное происшествие – транспортная авария, возникшая в ходе дорожного движения с участием транспортного средства (автомобиля), приведшая к причинению вреда здоровью Застрахованного либо к его смерти.		100% страховой суммы

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ СУММА и ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ДОХОД:

Дополнительная страховая сумма и Дополнительный инвестиционный доход по настоящему Полису не начисляются и не выплачиваются.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: С «_» _____ 20 Г. ПО «_» _____ 20 Г.

СРОК СТРАХОВАНИЯ по страховым рискам «Дожитие Застрахованного до даты окончания срока действия договора страхования», «Дожитие Застрахованного до дат, установленных в Договоре страхования», «Смерть Застрахованного по любой причине»:

НАЧАЛО: с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса)

ОКОНЧАНИЕ: 23:59 даты окончания срока действия договора страхования

СРОК СТРАХОВАНИЯ по страховому риску «Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая, а именно дорожно-транспортного происшествия»:

НАЧАЛО: 00:00 XX (XX дня прописью) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса)

ОКОНЧАНИЕ: 23:59 даты окончания первого страхового года

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до даты окончания срока страхования по страховому риску, указанному в п.4.4. Раздела 4 настоящего Полиса не направит письменное заявление о своем намерении расторгнуть договор страхования до указанной даты, срок страхования по этому страховому риску продлевается до даты очередной страховой годовщины при условии оплаты страхового взноса по указанному страховому риску в полном объеме в срок, установленный в Полисе.

6. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ: в рассрочку

ПЕРИОДИЧНОСТЬ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ:

ПЕРВЫЙ СТРАХОВОЙ ВЗНОС В РАЗМЕРЕ _____ ДОЛЖЕН БЫТЬ УПЛАЧЕН В ДЕНЬ ВЫДАЧИ ПОЛИСА.

ПОСЛЕДУЮЩИЕ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ В РАЗМЕРЕ _____ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УПЛАЧЕНЫ НЕ ПОЗДНЕЕ 00.00, 00.00 <даты начисления>

В случае неоплаты Страхователем первого страхового взноса в установленный Договором страхования срок или оплаты первого страхового взноса в меньшем, чем предусмотрено Договором страхования размере, Договор страхования считается не вступившим в силу/незаключенным.

В случае неоплаты/не полной оплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором срок, действие Договора страхования прекращается в соответствии с п.7.9. Правил страхования, страховая выплата по страховому риску «Дожитие Застрахованного до дат, установленных в Договоре страхования» не выплачивается.

7. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО

Ф.И.О.	ДАТА РОЖДЕНИЯ	РОДСТВЕННЫЕ И/ИНЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ЗАСТРАХОВАННЫМ	ДОЛЯ, %

8. ТЕРРИТОРИЯ И ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ: ВЕСЬ МИР, 24 ЧАСА

9. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО

Заключение Договора страхования невозможно в случае, если Страхователь не может подтвердить положения настоящей декларации.

Акцептуя настоящий Полис, Страхователь от своего имени и от имени Застрахованного заявляет следующее:

9.1. Застрахованный:

- не состоит на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах, не является инвалидом и не имеет оснований для присвоения группы инвалидности;
- не обращался за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям и не страдает ими в настоящее время:
 - онкологические/раковые заболевания,
 - заболевания, вызванными воздействием радиации, гемофилия, СПИД/ВИЧ,
 - психические расстройства, депрессия, шизофрения, эпилепсия, наркомания, токсикомания, алкоголизм, гипертоническая болезнь II-III степени/ГБ, ишемическая болезнь сердца/ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда, пороки сердца, нарушения ритма сердца, любые инсульты,
 - хроническая почечная недостаточность/ХПН, гломерулонефрит, поликистоз почек, гепатит С, цирроз печени, сахарный диабет I-III типа, тиреотоксикоз, заболевания гипофиза; болезнь Паркинсона, паралич.
- 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 и т.п.);
- НЕ занимается опасными видами спорта или опасными видами увлечений (например, 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, скалолазание, автоспорт, непрофессиональная авиация) и не намеревается путешествовать в горячие точки планеты.
- Отрицает наличие у него тяжелых травм и госпитализаций на протяжении последних 12 месяцев;
- Я уполномочиваю любое лечебное учреждение, любой организационно-правовой формы, оказывавшее мне любые медицинские услуги, предоставлять по требованию страховой компании ООО «СК «Ренессанс Жизнь», в том числе и после моей смерти, сведения, составляющие врачебную тайну, 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 данному Полису.

9.2. Страхователь:

– 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;

– Подтверждаю получение Правил страхования жизни с инвестированием капитала, Памятки по Договору накопительного страхования жизни.

9.3. В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь и Застрахованный (далее – Субъекты ПДн) предоставляют ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее – Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование 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 (далее - Договор) 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 путём 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.

10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

10.1. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи представителя Страховщика (воспроизведенное механическим или иным способом с использованием клише) на Полисе, а также приложениях и дополнительных соглашениях к нему.

10.2. Информация о местах приема заявлений на страховую выплату с необходимыми документами в соответствии с Разделом 13 Правил страхования указана на официальном сайте Страховщика www.renlife.ru

10.3. Отдельные условия Договора разъяснены в Памятке по Договору накопительного страхования жизни.

10.4. Страховщик использует следующие способы взаимодействия для предоставления информации Страхователю: смс-уведомления, электронные сообщения, мобильное приложение, электронную почту, почтовую, телеграфную, телефонную связь, курьерскую службу, Личный кабинет.

10.5. Страховая выплата по страховым рискам, указанным в п. 4. настоящего Полиса осуществляется путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя.

10.6. В случае досрочного расторжения настоящего Полиса страхования, порядок расторжения Договора определяется в соответствии с Разделом 14 Правил страхования жизни с инвестированием капитала.

10.7. На страхование по настоящему Полису принимаются лица от 18 (восемнадцати) полных лет на момент заключения договора страхования до 70 (семидесяти) полных лет на момент окончания срока действия договора страхования.

11. ТАБЛИЦА ВЫКУПНЫХ СУММ:

ГОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	НАЧАЛО	ОКОНЧАНИЕ	Выкупная сумма (<валюта договора>)
1			
2			
3			
4			
5			

К Полису прилагаются:

- Приложение №1: Правила страхования жизни с инвестированием капитала
- Памятка по Договору накопительного страхования жизни

СТРАХОВЩИК

Должность, ФИО, документ, подтверждающий полномочия