

№ дата

Настоящий Договор страхования является Договором - офертой и считается заключенным с момента акцепта. Договор заключен на условиях настоящего Договора страхования, Условиях страхования по программе «ЗДОРОВЬЕ ПРИОРИТИ» (Приложение № 1 – Условия страхования по программе «ЗДОРОВЬЕ ПРИОРИТИ»), разработанных на основании Правил комбинированного страхования № 1 в редакции от 03.07.2020 (далее-Правила страхования), а также Приложения №2 (Приложение № 2 – «Программа медицинского обслуживания»), являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора и приложенных к настоящему Договору. Акцептом является уплата Страхователем страховой премии в размере и в сроки, указанные в разделе 7 настоящего Договора. Оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что согласен и ознакомлен с условиями настоящего Договора и приложениями к нему, являющимися его неотъемлемой частью, а также подтверждает достоверность всех сведений, указанных в настоящем Договоре страхования. С момента акцепта настоящего Договора-оферты **Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни»**, в лице Генерального директора Дроздова Андрея Викторовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Страховщик», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Страхователь» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», признают и подтверждают, что заключили настоящий Договор страхования о нижеследующем:

1. СТРАХОВЩИК

1.1. Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни», действующее в соответствии с лицензией на осуществление страхования от 01.11.2018 СЛ № 4365, выданной Банком России без ограничения срока действия, обязующееся за плату, уплачиваемую Страхователем, выплатить единовременно обусловленную договора сумму (страховую сумму) Застрахованному лицу или иному лицу, в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованному лицу, по страховым случаям, указанным в настоящем Договоре страхования от несчастных случаев (далее – Договор страхования), произошедшим в период действия Договора страхования.
1.2. Адрес места нахождения (офис): 129110, Российская Федерация, г.Москва, Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком.1, тел.: + 7 (495) 745-50-21; 8 800-500-50-21 сайт: <http://bcslife.ru>.
Банковские реквизиты: р/с № 4070181000000000001 в АО «БКС Банк» г. Москва БИК 044525631, к/с 30101810145250000631 ИНН 7702427967 КПП 770201001.

2. СТРАХОВАТЕЛЬ (ПЛАТЕЛЬЩИК СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ)

Фамилия Имя Отчество:
Дата рождения:
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:
Наименование:
Адрес места жительства (регистрации):
Телефон(ы):
Электронная почта:

3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Фамилия Имя Отчество:
Дата рождения:
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:
Адрес места жительства (регистрации):

4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Наследники по закону

5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ/РИСКИ И РАЗМЕР СТРАХОВЫХ СУММ

Страховые случаи/риски	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.
5.1. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая (п.п. 8.1. Условий страхования по Программе «ЗДОРОВЬЕ ПРИОРИТИ» - Приложение № 1 к настоящему Договору страхования» - далее «Условия страхования»)	1 200 000	4 083
5.2. Инвалидность Застрахованного I, II группы в результате несчастного случая (п.п. 8.2. Условий страхования)		
5.3. Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая (п.п. 8.3. Условий страхования)		
5.4. Госпитализация Застрахованного лица в результате заболеваний (п.п. 8.5. Условий страхования)		
5.5. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Программа медицинского обслуживания» (п.п. 8.4. Условий страхования, Приложение № 2 к настоящему Договору страхования).	100 000	10 917
Итого размер страховой премии:		15 000

5.6. Основаниями для отказа в выплате страховой суммы являются:

- произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям на случай наступления которых был заключен настоящий договор страхования;
- Страховщик освобождён от страховой выплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- событие произошло не в течение срока действия настоящего договора страхования;
- обращения за оказанием медицинских услуг не предусмотрено в «Программе медицинского обслуживания» - Приложение № 2 к настоящему Договору страхования;
- по иным основаниям предусмотренным Условиями страхования по Программе «ЗДОРОВЬЕ ПРИОРИТИ» - Приложение № 1 к настоящему Договору страхования.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия договора страхования:

6.2. Дата начала срока страхования: с 00 часов 00 минут _____ (при условии оплаты страховой премии в установленные настоящим Договором сроки).

6.3. Дата окончания срока страхования: до 24 часов 00 минут _____.

7. РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

Порядок оплаты страховой премии: единовременно.

7.1. Срок оплаты страховой премии: до _____.

8. ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ (ПРЕКРАЩЕНИЕ) ДОГОВОРА

8.1. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования, уведомив об этом Страховщика в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, путём направления Страховщику письменного заявления с указанием в нём банковских реквизитов для перечисления страховой премии и приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии договора страхования жизни. Уплаченная Страхователем страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объёме, а Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты его заключения.

8.2. Договор может быть досрочно расторгнут по письменному заявлению Страхователя по истечении срока, указанного в п.8.1. Договора страхования. В этом случае страховая премия Страхователю не возвращается.

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Страхователь заключает Договор страхования на условиях страхования, изложенных в настоящем Договоре страхования, Условиях страхования (Приложение 1 к Договору страхования), разработанных на основании Правил комбинированного страхования № 1 в редакции, утвержденной Приказом Генерального директора ООО СК «БКС Страхование жизни» от 03.07.2020 № 2020_64, путем уплаты страховой премии и принятия настоящего Договора страхования.

9.2. Сведения, указанные в настоящем пункте, являются существенными для заключения Договора страхования.

С целью реализации права Страховщика на оценку страхового риска при заключении настоящего Договора страхования Страхователь Настоящим Заявлением и уплатой страховой премии по Договору подтверждают, что Застрахованное лицо:

- не является инвалидом и не имеет оснований (в том числе оформленных соответствующим документом - направлением) для назначения инвалидности и не являлся инвалидом ранее, не прошедшим очередное переосвидетельствование;
 - не страдает психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами, алкоголизмом, не принимает наркотические, токсические, психотропные, сильнодействующие вещества без предписания врача;
 - не состоит на учете, не получает лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом, и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере;
 - не находится на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании (до их полного выздоровления/окончания обследования);
 - не нуждается в постоянном уходе по состоянию здоровья;
 - не болен СПИДом и не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (не являюсь ВИЧ-инфицированным);
 - не находится под следствием и не осуждён к лишению свободы;
 - в настоящее время не проходит службу в вооруженных силах, не занят(-а) в профессиональной или непрофессиональной авиации, в работах со взрывчатыми и радиоактивными веществами, подземных работах, не является водолазом, пожарным, скалолазом, работником ядерной промышленности, нефтяником, охранником и профессиональным спортсменом.
 - не занимается опасными видами спорта, такими как бокс, боевые искусства, альпинизм, парашютный спорт (более 5 прыжков в год), дайвинг (более 5 погружений в год);
 - не принимает участия в любых видах спорта на профессиональной основе, не состоит в профессиональных спортивных клубах; не участвует в соревнованиях и попытках установления рекорда и не намеревается путешествовать в горячие точки планеты.
- Подтверждает, что максимальный возраст (полных лет) составляет 18 лет и не более 65 лет (округление возраста вниз до ближайшего целого значения) на момент заключения Договора страхования;
- у Застрахованного лица нет действующего договора/полиса страхования жизни ООО СК «БКС Страхование жизни» или других компаниях, за исключением полисов страхования заемщика кредита и группового страхования. Ни Страхователь, ни Застрахованное лицо не обращались с заявлением о заключении договора страхования в другую Компанию.
 - Застрахованное лицо уведомлено Страхователем о заключении настоящего договора страхования;
 - У Страхователя имеется письменное согласие Застрахованного лица на заключение настоящего договора;
 - Застрахованное лицо подтверждает, что предупреждено, что в случае сообщения ложных сведений Договор страхования может быть признан недействительным по иску Страховщика.

9.3. Действуя своей волей и в своем интересе, Я, _____, заключая настоящий договор, путем уплаты страховой премии подтверждаю, что предоставляю каждому в отдельности и совместно ООО СК «БКС Страхование жизни» (ОГРН 5177746400607, местонахождение: Российская Федерация, 129110, г. Москва, проспект Мира, 69, стр. 1), ООО «Компания БКС» (ОГРН 1025402459334, местонахождение: Российская Федерация, 630099, г. Новосибирск, ул. Советская д. 37), «БРОКЕРКРЕДИТСЕРВИС (КИПР) ЛИМИТЕД» (регистрационный номер HE 154856, местонахождение: Меса Геитония, пр-т Спиру Киприану ул. 1-го Октября, д.1 (далее каждый в отдельности – Оператор, совместно — Операторы), право (согласие) на обработку моих персональных данных (далее – Персональные данные), под которыми понимаются все данные, указанные в настоящей согласии, а также полученные Оператором в связи с оформлением Договора страхования жизни, заключением договоров (соглашений), в соответствии с условиями которых Оператор

оказывает услуги страхования, иные услуги, а также всех иных договоров (соглашений) между мной и Оператором и прочие данные, полученные (имеющиеся) хотя бы у одного из Операторов на основании или в связи с заключенными мной с ними договорами, включая (но не ограничиваясь): данные договоров (в т.ч. их наименований, номеров и дат их заключения), данные об открытых у Операторов счетах, данные, содержащиеся в отчетных документах, а также уточненные (обновленные, измененные) данные, указанные в согласиях на обработку персональных данных, предоставленные хотя бы одному из Операторов или их правопреемникам.

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен с целями обработки моих Персональных данных: обработка Персональных данных будет осуществляться Оператором в моих интересах, в том числе в целях предложения мне услуг страхования жизни, иных услуг, оказываемых Оператором, а также лицами, в интересах которых действует Оператор, в целях проведения опросов, анкетирования, рекламных и маркетинговых исследований, акций в отношении услуг оказываемых Оператором, а также лицами, в интересах которых действует Оператор, путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, указанных в Персональных данных, в том числе в целях подготовки к заключению, в целях заключения, исполнения, изменения, расторжения мной договоров (соглашений) с Оператором или лицами, в интересах которых действует Оператор, в том числе, но не ограничиваясь: Договора страхования, включая надлежащую идентификацию меня и/или моего уполномоченного лица, а также с целью подготовки форм заявлений, уведомлений, соглашений, договоров, не влекущей непосредственно заключение, расторжение, изменение соответствующего договора, соглашения.

Настоящим подтверждаю, что являюсь абонентом (владельцем) указанного в настоящем Договоре страхования номера телефона, что непосредственно на мое имя зарегистрирован указанный в настоящем Договоре страхования адрес электронной почты (e-mail).

Настоящим подтверждаю, что Оператор не несет ответственности за неполучение мной информации и негативные последствия для меня в случае неуказания мной в настоящем Договоре страхования номера телефона, владельцем (абонентом) которого я являюсь, или адреса электронной почты (e-mail), зарегистрированной на мое имя, а также в случаях допущения мной ошибки при указании в настоящем Договоре страхования номера телефона, адреса электронной почты (e-mail) или доступа третьих лиц к электронной почте или телефону, указанным мной в настоящем Договоре страхования, а также в случаях указания мной в настоящем Договоре страхования номера телефона, владельцем (абонентом) которого я не являюсь, адреса электронной почты (e-mail), зарегистрированной не на мое имя, а также в случае указания мной в настоящем Договоре страхования номера телефона, на который невозможно/ограничено направление или получение смс-сообщений («короткое текстовое сообщение»), адреса электронной почты (e-mail), на который невозможно/ограничено направление или получение сообщений, в том числе при рассылках на несколько адресов.

Настоящее право (согласие) предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих Персональных данных, которые необходимы и желаемы для достижения вышеуказанных целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, передачу (в том числе передачу лицам, указанным в настоящем Соглашении, трансграничную передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение, а также осуществление любых иных действий с Персональными данными с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Настоящим подтверждаю, что уведомлен о том, что обработка Персональных данных осуществляется Оператором любым законным способом, в том числе как с использованием средств автоматизации (включая программное обеспечение), так и без использования средств автоматизации (с использованием различных материальных носителей, включая бумажные носители).

Настоящим подтверждаю, что обработка персональных данных может осуществляться как Оператором, так и иными лицами, действующими на законных основаниях и заключившими с Оператором соглашение об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и ответственности за их разглашение в рамках действующего законодательства Российской Федерации.

Настоящее право (согласие) действует до достижения вышеуказанных целей обработки Персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством Российской Федерации. Настоящее право (согласие) может быть отозвано, если иное не установлено действующим законодательством Российской Федерации, путем направления мной письменного уведомления в адрес соответствующего Оператора, которому передаются Персональные данные, по адресу, указанному выше. Настоящее право (согласие) считается отозванным по истечении 30 (тридцати) календарных дней с момента получения Оператором письменного уведомления об отзыве настоящего согласия. День получения уведомления не включается в тридцатидневный срок.

Настоящим также подтверждаю, что мной получено согласие моих законных представителей – физических лиц на обработку и передачу их персональных данных Оператору.

Настоящим я (а также мой законный представитель – физическое лицо) подтверждаю, что ознакомлен со своими правами при обработке Оператором Персональных данных, в том числе с правом на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора моих Персональных данных, а также на ознакомление с такими Персональными данными, право требования от Оператора уточнения моих Персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если Персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленных выше целей обработки, за исключением, когда обязанность Оператора по обработке моих Персональных данных установлена действующим законодательством Российской Федерации, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав.

Мне ясны и понятны положения Политики Оператора в отношении обработки персональных данных.

Заключая настоящий Договор страхования путем уплаты страховой премии, Страхователь подтверждает что им получено согласие Застрахованного лица на обработку и передачу персональных данных Застрахованного лица Операторами, указанными выше в п.9.3 настоящего договора, в объеме и для целей, указанных в п.9.3. настоящего Договора (но в отношении персональных данных Застрахованного).

9.4. Страхователь / Застрахованное лицо, подтверждают, что ознакомлены и согласны с положениями, изложенными в настоящем Договоре страхования и всех приложениях к нему, экземпляры которых получили, при этом подтверждают, что им предоставлена вся необходимая и существенная информация о страховой услуге, в том числе, связанная с заключением, исполнением и прекращением настоящего Договора страхования.

9.5. К настоящему Договору страхования прилагаются и являются его неотъемлемой частью Приложение № 1 – Условия страхования по программе «ЗДОРОВЬЕ ПРИОРИТИ», Приложение № 2 – «Программа медицинского обслуживания».

9.6. Во всем, что не предусмотрено положениями настоящего Договора страхования, стороны руководствуются Условиями страхования.

9.7. Никакие отметки, а также дополнения, исправления и т.п., сделанные в настоящем Договоре страхования от руки не имеют юридической силы, если их верность не засвидетельствована собственноручно подписями Сторон и оригинальным оттиском печати Страховщика.

9.8. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильного воспроизведения оттиска печати и подписи Страховщика. Факсимильное воспроизведение оттиска печати признается Сторонами аналогом оригинального оттиска печати Страховщика.

9.9. В рамках настоящего Договора страхования, Я, _____, являясь Страхователем и _____, являясь Застрахованным лицом, разрешаем любому врачу, любым организациям, оказавшим Застрахованному лицу медицинскую помощь и исследовавшим состояние здоровья предоставлять Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» по его запросу полную информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица, составляющую врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Страховщик:

Генеральный директор А.В. Дроздов

