



Договор страхования от несчастных случаев
№ [НОМЕР] от [ДАТА]

Страховщик в соответствии и на условиях ст. 435 Гражданского кодекса РФ предлагает Страхователю заключить Договор на изложенных далее условиях и в соответствии с Правилами страхования от несчастных случаев и болезней №2 (далее - Правила страхования) в редакции, действующей на дату оформления Договора. На основании ст. ст. 435, 438 Гражданского кодекса РФ Договор считается заключенным с момента оплаты Страхователем страховой премии. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора, являются неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения.

Страховщик

Наименование	ООО «РБ Страхование»
Лицензия на страхование	СИ №1580 и СЛ №1580, выданы Банком России бессрочно
Адрес	127015, г. Москва, ул. Вятская, д. 27, стр. 15
Телефон	8 800-700-7-333
Сайт	https://rosbankinsurance.ru/

Страхователь/Застрахованное лицо

ФИО	
Дата рождения	
Телефон	
Электронная почта	

Выгодоприобретатель

Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо. В случае смерти Застрахованного лица – является супруг(а) на момент наступления страхового случая. В случае отсутствия у Застрахованного лица на момент наступления страхового случая супруга(и) или неполучения Страховщиком заявления на страховую выплату от супруга(и) в течение шести месяцев с даты страхового случая, единственными Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

Территория страхования
Российская Федерация.

Условия страхования

Страховые риски:	Агрегатная страховая сумма, руб.
Смерть Застрахованного лица, наступившая в результате несчастного случая (п.4.3.1. Правил страхования, далее – «Смерть НС»)	1 100
Инвалидность I группы в результате несчастного случая (п.4.3.3.1. Правил страхования, далее – «Инвалидность I группы НС»)	
Телесные повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая (п.4.3.7. Правил страхования, далее – «Травма»)	
Страховая премия, руб.	27 500

Страховая премия должна быть оплачена единовременно в течение 5 (пяти) календарных дней с момента оформления Договора.

Срок действия договора

с [ДД.ММ.ГГГГ] по [ДД.ММ.ГГГГ]

Договор считается заключенным с даты оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме. Договор вступает в силу и страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии в полном объеме.

В случае неоплаты Страхователем страховой премии в срок или не в полном объеме, Договор считается незаключенным/не вступившим в силу, а оплаченная после установленного срока сумма премии или подлежит возврату Страхователю на реквизиты, с которых поступила оплата.



Свободный период

Страхователь имеет право отказаться от Договора путем направления заявления:

- в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договор считается прекратившим свое действие по данному основанию с момента заключения, при этом Страховщик осуществляет возврат оплаченной премии Страхователю в полном объеме в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя. Если срок действия Договора истек до момента направления Страхователем заявления об отказе от Договора, страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и возврату не подлежит.
- в случае полного досрочного исполнения заемщиком обязательств по кредитному договору или если Страховщиком не предоставлена или предоставлена неполная или недостоверная информация о Договоре. Страховщик осуществляет возврат оплаченной премии Страхователю пропорционально сроку действия Договора в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя.

Период ожидания

По риску «Травма» страхование начинается по истечении 8 (восьми) дней с даты заключения Договора.

Декларация Застрахованного лица

Оплачивая страховую премию, Страхователь заявляет и подтверждает, что:

НЕ является инвалидом, лицом, требующим постоянного ухода;

НЕ страдает невротическими расстройствами, психическими заболеваниями;

НЕ употребляет наркотики, токсические вещества, НЕ страдает алкоголизмом;

НЕ состоит по перечисленным причинам на диспансерном учете;

НЕ страдает/страдал(а) следующими заболеваниями: нарушение зрения более 7 (семи) диоптрий, заболевания опорно-двигательной системы, мышечная дистрофия, заболевания, ограничивающие движения, энцефалопатия 3 степени, сердечно-сосудистая патология (в том числе ишемическая болезнь сердца, гипертония (II-IV степени), тромбозы, тромбозы сосудов, перенесенные инфаркты, инсульты, операции на сердце и сосудах и т.п.);

в настоящий момент НЕ находится под наблюдением врача по поводу травм, том числе по поводу травм головы и/или их осложнений/последствий; не принимает лекарственные препараты, оказывающие отрицательное влияние на способность к управлению транспортными средствами;

НЕ связан с особым риском в связи с трудовой деятельностью (например: работа с химическими, радиоактивными и взрывчатыми веществами, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, испытания, авиация, за исключением состава экипажа самолетов на пассажирских рейсах);

НЕ является профессиональным спортсменом и НЕ занимается на систематической основе хобби/спортом с повышенным риском (например, паркур, скалолазание, альпинизм, погружение под воду на глубину более 40 метров, прыжки с парашютом, автоспорт и мотоспорт, непрофессиональная авиация, авиационные виды спорта).

Мне понятно, что при невозможности подтвердить вышеуказанные обстоятельства договор страхования не может быть заключен на стандартных условиях Страховщика. Вопрос о заключении договора страхования на индивидуальных условиях может быть рассмотрен Страховщиком после проведения медицинского анкетирования и/или проведения предварительного медицинского обследования.

Исключения и основания освобождения от страховой выплаты

Основания для отказа в страховой выплате и освобождения Страховщика от выплаты указаны в пункте 4.5 и в разделе 13 Правил страхования.

Размер страховой выплаты и порядок получения страховой выплаты

По рискам «Смерть НС» и «Инвалидность I группы НС» одновременно в размере 100% страховой суммы, за вычетом ранее произведенных выплат по Договору.

По риску «Травма», страховая выплата производится одновременно в размере, установленном «Таблицей выплат по риску «Травма» (Универсальная)» (Приложение №3 к Правилам).

Заявление о событии, имеющем признаки страхового случая, может быть подано посредством заполнения формы обратной связи на сайте по адресу: <https://luchi.ru/claim/>.

В течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления на выплату и всех необходимых документов, предусмотренных Правилами, Страховщик рассматривает заявление и принимает решение о выплате или отказе. Страховая выплата (возмещение) производится в течение 5 (пяти) рабочих дней после принятия решения (подписания страхового акта). Решение об отказе направляется в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решения.



Особые условия и оговорки

На страхование принимаются лица (Застрахованные лица), возраст которых на дату вступления в силу Договора страхования составляет не менее 18 лет, на дату окончания Договора страхования – не более 75 лет.

Прочие гарантии и заверения Страхователя

Оплачивая страховую премию и принимая от Страховщика Договор, Страхователь подтверждает следующее:

- до его заключения ему предоставлена исчерпывающая информация о Страховщике, разъяснены условия страхования, размер премии и порядок ее оплаты, условия отказа от Договора и порядок возврата страховой премии, исключения из страхования, сроках рассмотрения выплаты, принципы расчета ущерба;
- разъяснено право получить информацию о размере вознаграждения агента;
- с ключевым информационным документом ознакомлен до заключения Договора;
- с текстом Договора ознакомлен и согласен на заключение на предложенных Страховщиком условиях;
- надлежащим способом вручения Правил страхования признается размещение в верхней части Договора ссылки в виде QR-кода на соответствующую редакцию Правил страхования; с Правилами страхования, размещенными по указанной ссылке, ознакомлен, согласен и получил их указанным способом;
- Правила страхования также доступны на официальном сайте Страховщика https://rosbankinsurance.ru/insurance_case_rules, а также могут быть вручены (направлены) по запросу Страховщику либо его представителю. В случае спорных ситуаций положения Договора и приложений к нему имеют приоритетную силу по отношению к Правилам страхования;
- понятно, что налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим на дату выплаты законодательством Российской Федерации;
- Договор, заключенный при отсутствии у Страхователя или Выгодоприобретателя интереса в сохранении застрахованного имущества, недействителен;
- правильность предоставленных данных: адреса регистрации, фактического адреса, номера телефона и адреса электронной почты. Страхователь обязуется получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и несут полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора.
- Страхователь уведомлен об обработке его персональных данных Страховщиком в соответствии с Политикой обработки персональных данных, размещенной по адресу <https://rosbankinsurance.ru/about/politics/>
- Страхователь согласен на использование Страховщиком факсимильного воспроизведения оттиска печати и подписи, которое признается аналогом оригинального оттиска и собственноручной подписи. Договор считается заключенным только при наличии на Договоре подлинной или факсимильной подписи и оригинального или факсимильного оттиска печати, а в случае несоблюдения данного условия Договор считается незаключенным.
- Настоящим Стороны подтверждают, что обмен сообщениями с использованием электронных адресов, направление Страховщиком Страхователю уведомлений по электронной почте, а также смс-сообщений носит характер официального, и такие сообщения признаются Сторонами юридически значимыми.

Страховщик

в лице Генерального директора
действующего на с
Кудрявцева А.А.



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Оплачивая страховую премию по Договору № _____,

Я _____
(ФИО)

(далее – Страхователь), действуя осознанно, свободно, своей волей и в своем интересе, предоставляю согласие «РБ Страхование», 1127015, г. Москва, вн.тер. г. муниципальный округ Савеловский, ул. Вятская, д. 27, стр. 15 (далее – Страховщик) по нижеуказанным вопросам:

1.	Я даю согласие Страховщику на обработку моих персональных данных (далее также ПДн) для следующих целей: -заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора, информирование о состоянии Договора; - заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); -контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора, по всем вопросам их предоставления. Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.
2.	Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) следующим Обработчикам: ООО «Лучи Здоровье», юридический адрес – 121205, г.Москва, вн.тер. г. Муниципальный округ Можайский, тер. Сколково инновационного центра, ул. Нобеля, д.7, этаж/помещ. 4/IV, часть ком. /раб. Место 57/3, ООО «ОСГ Рекордз Менеджмент Центр», юридический адрес – 125315, город Москва, Ленинградский пр-кт, д. 72 к. 2, ИП Милевский Артем Алексеевич, 198205, г. Санкт-Петербург, р-н Красносельский, ул.Авангардная, д.26, к.1, кв.142.
3.	Я даю согласие на передачу моих ПДн третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора, информация о которых в том числе размещена по ссылке: https://rosbankinsurance.ru/process_data_counterparties/
4.	Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).
5.	Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения), номер телефона, адрес электронной почты, сведения о страховании (в т.ч. сведения о договоре страхования, номер полиса (договора) страхования, период страхования, программа страхования), сведения о состоянии моего здоровья, иные ПДн, содержащиеся в Договоре и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, будут получены в ходе рассмотрения страхового события и(или) сообщены Страховщику устно.
6.	Я согласен на передачу Страховщику, документов и заключений, в том числе содержащих сведения о состоянии моего здоровья, а также сведений, составляющих врачебную тайну, в порядке, предусмотренном статьей 13 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями: -лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы; -моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния; -Федеральным Фондом обязательного медицинского страхования в РФ, а также его территориальным фондам обязательного медицинского страхования; -иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
7.	Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обработываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
8.	Я даю согласие Страховщику на получение рекламных и маркетинговых материалов. Для отказа от получения рекламных и маркетинговых материалов я могу обратиться через форму обратной связи на сайте https://rosbankinsurance.ru/help/feedback
9.	Для случаев, когда Застрахованное лицо отличается от Страхователя, последний подтверждает, что до заключения Договора получил согласие Застрахованного лица на обработку его (Застрахованного лица) персональных данных на аналогичных вышеуказанным условиях. Страхователь обязуется предоставить Страховщику оригинал письменного согласия Застрахованного лица в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения запроса.

