

**УТВЕРЖДЕНЫ**

Приказом Генерального директора  
ООО «ЖАСО-ЛАЙФ»  
№ 19 - ОД от 10 апреля 2015 г.

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ  
НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ**

**МОСКВА, 2015 г.**

1. Общие положения.
2. Субъекты страхования.
3. Объект страхования.
4. Страховые риски. Страховые случаи.
5. Страховая сумма.
6. Страховая премия (страховой взнос).
7. Заключение, срок действия и прекращение Договора страхования.
8. Права и обязанности сторон.
9. Последствия изменения страхового риска.
10. Обязанности субъектов страхования при наступлении события, имеющего признаки страхового случая.
11. Порядок осуществления страховых выплат.
12. Обработка Страховщиком персональных данных.
13. Изменение и дополнение Договора страхования.
14. Порядок разрешения споров.

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования жизни на случай смерти (далее по тексту настоящие Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами.

1.2. В соответствии с законодательством и на основании настоящих Правил за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания ЖАСО-ЛАЙФ» (далее по тексту Страховщик) заключает Договоры добровольного страхования жизни на случай смерти (далее по тексту Договор страхования) с дееспособными физическими лицами и юридическими лицами (далее по тексту Страхователь).

1.3. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, в Договоре страхования должно быть прямо указано на применение настоящих Правил, и сами Правила приложены к Договору в качестве неотъемлемого приложения. Вручение Страхователю Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

1.4. Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать различные программы страхования и присваивать маркетинговые названия программам страхования, или отдельным группам Договоров страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

2.2. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания ЖАСО-ЛАЙФ», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и имеющее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

2.3. Страхователь - юридическое лицо, заключившее Договор страхования третьих лиц в пользу последних (далее по тексту – Застрахованное лицо), либо дееспособное физическое лицо, заключившее Договор страхования в свою пользу или в пользу третьего лица (Застрахованное лицо).

2.4. Застрахованное лицо – физическое лицо, о страховании жизни которого заключен и должен быть исполнен Договор страхования. Если иное не предусмотрено

Договором страхования, возраст Застрахованного лица на дату заключения Договора страхования должен быть не менее 18 лет и более 80 лет.

При этом возраст определяется в полных годах (месяцы не считаются за полный год). Страховщик оставляет за собой право изменить указанный возраст и/или установить разные возрастные границы по разным программам страхования.

2.5. Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, названное в качестве получателя страховой выплаты.

Страхователь с письменного согласия Застрахованного лица имеет право назначить любое(-ые) лицо(-а) в качестве Выгодоприобретателя и впоследствии заменять его с письменного согласия Застрахованного лица другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика.

По Договору страхования, в котором не назначен Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные со смертью Застрахованного лица.

### 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование.

Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

#### **Программа 1. Страхование жизни на срок.**

4.2. Страховым случаем по настоящим Правилам является смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования, за исключением случаев, установленных п. 4.3 настоящих Правил.

4.3. Не признается страховым случаем смерть Застрахованного лица, наступившая вследствие перечисленных ниже обстоятельств:

4.3.1. нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов (принятых без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки) при наличии причинно-следственной связи между состоянием Застрахованного лица и произошедшим событием, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.3.2. алкогольного, наркотического или токсического отравления Застрахованного лица или отравления в результате употребления им психотропных, сильнодействующих веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки) при наличии причинно-следственной связи между состоянием Застрахованного лица и произошедшим событием, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.3.3. управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории, а также управления в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или передачи управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или лицу, не имеющему права на управление транспортного средства данной категории;

4.3.4. исполнения судебного решения, вступившего в законную силу;

4.3.5. во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения, в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

### **Программа 2. Пожизненное страхование.**

4.4. Страховым случаем по настоящим Правилам является смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования.

4.5. Договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, может быть предусмотрен период ожидания - период времени с даты вступления Договора страхования в силу и до даты начала действия страхования, обусловленного Договором страхования, в течение которого смерть Застрахованного лица не признается страховым случаем.

Период ожидания устанавливается по соглашению сторон на срок до 2 (Двух) лет.

В случае смерти Застрахованного лица в период ожидания действие Договора страхования досрочно прекращается и Страховщик производит Страхователю возврат уплаченных страховых взносов (страховой премии) на дату смерти, если иное не предусмотрено Договором страхования.

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА**

5.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Размер страховой суммы или способ ее определения устанавливается по соглашению сторон.

5.3. При коллективном страховании страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо (индивидуальная страховая сумма).

5.4. Общая страховая сумма по Договору коллективного страхования равна сумме индивидуальных страховых сумм.

5.5. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в течение действия Договора страхования увеличить/уменьшить размер страховой суммы, с одновременным соответствующим перерасчетом размера страховой премии (взносов).

5.6. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – страхование в валютном эквиваленте).

## **6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)**

6.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

6.2. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

6.3. Базовые страховые ставки, дифференцированные в зависимости от возраста и пола Застрахованного лица, срока действия Договора страхования, порядка уплаты страховой премии (Приложение № 4 к настоящим Правилам).

6.4. Страховщик при определении размера страхового тарифа вправе установить повышающие или понижающие (поправочные) коэффициенты к базовым страховым ставкам, в зависимости от факторов и обстоятельств, влияющих на степень страхового риска и объем ответственности Страховщика:

- состояния здоровья Застрахованного лица;
- рода деятельности (профессиональный класс риска), должности;
- условия работы и/или учебы, наличия и частоты командировок;
- ответственности Страховщика – круглосуточно, либо при исполнении служебных обязанностей, либо при исполнении служебных обязанностей, включая дорогу на работу и

с работы, либо на время пребывания Застрахованного лица в месте, определенном в Договоре страхования;

- увлечений и занятия спортом;
- территории действия страховой защиты, условия и территории проживания;
- численности Застрахованных лиц по Договору страхования.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

6.5. Размер страховой премии определяется, исходя из размера установленной страховой суммы и страхового тарифа.

6.6. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно). При этом рассрочка уплаты страховой премии должна быть прямо предусмотрена Договором страхования.

6.7. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) Страховщику (представителю Страховщика):

6.7.1. Если иной срок не установлен сторонами в Договоре страхования, страховая премия (страховой взнос) уплачивается Страхователем наличными денежными средствами или по безналичному расчету при заключении Договора страхования;

6.7.2. Если иное не предусмотрено в Договоре страхования, датой уплаты считается день уплаты страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами или день перечисления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика).

6.8. Договором страхования может предусматриваться предоставление Страхователю льготного периода для уплаты очередного страхового взноса длительностью 30 (тридцать) календарных дней с даты, указанной в Договоре страхования как дата уплаты очередного страхового взноса. В случае неуплаты страхового взноса в течение льготного периода, страхование, обусловленное Договором страхования, не распространяется на страховые случаи, происшедшие позднее 23 часов 59 минут последнего дня льготного периода.

6.9. Если страховой случай наступил в течение льготного периода, то Страховщик вправе при определении размера причитающейся страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса, который Страхователь должен был оплатить в соответствии с Договором страхования.

6.10. При неуплате Страхователем в предусмотренные Договором страхования сроки очередного страхового взноса (с учетом льготного периода) Страховщик вправе досрочно прекратить Договор страхования в качестве последствий неуплаты Страхователем страховых взносов путем направления Страхователю письменного уведомления (п. 3 ст. 954 ГК РФ).

6.11. Договор страхования считается прекратившим свое действие при неполучении от Страхователя ответа в срок, указанный в уведомлении (но не ранее 10 рабочих дней с момента отправки) или получения от него отказа от исполнения обязательств по Договору страхования.

6.12. Если Страхователь в силу каких-либо причин не может продолжать уплату страховых взносов в сроки и/или в размере, установленные Договором страхования, то по согласованию со Страховщиком условия Договора страхования могут быть изменены в соответствии с п. 5.5 настоящих Правил.

6.13. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету, если иное не предусмотрено Договором страхования.

## **7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, либо вручения Страховщиком подписанного им страхового полиса Страхователю.

7.2. При заключении Договора страхования Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для оценки вероятности наступления страхового случая (оценки характера страхового риска). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования (страхового полиса) и в его письменном запросе (Заявлении–Анкете, Заявлении на страхование, Заявлении-Декларации т.п.) и являются исчерпывающими.

При этом, исходя из существа заполненных сведений, Страховщик может, реализуя свое право на оценку страхового риска при заключении Договора страхования, запросить уточняющую информацию о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование или направить на медицинское освидетельствование в назначенном Страховщиком лечебном учреждении.

7.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий недействительности сделки, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

7.4. При заключении Договора коллективного страхования с юридическим лицом дополнительно по соглашению сторон могут оформляться индивидуальные страховые полисы (сертификаты) на каждое Застрахованное лицо, указанное в списке на страхование.

7.5. Согласно настоящим Правилам Договор страхования может заключаться:

- по программе 1 - на срок от 1 года до 5 лет, 7 лет, 10 лет, 15 лет, 20 лет;
- по программе 2 - пожизненно (на срок жизни Застрахованного лица).

7.6. Договор страхования вступает в силу, если в нем не предусмотрено иное, при уплате Страхователем страховой премии или первого страхового взноса:

7.6.1. наличными деньгами - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в кассу Страховщика (представителю Страховщика);

7.6.2. путем безналичных расчетов - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем перечисления страховой премии или первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика).

7.7. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

7.7.1. истечения срока действия;

7.7.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

7.7.3. смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным лицом, или ликвидации (реорганизации) Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном действующим законодательством РФ, если Застрахованное лицо или иное лицо не примут на себя обязанности по уплате страховых взносов по Договору страхования;

7.7.4. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

7.7.5. требования (инициативы) Страховщика в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (с учетом льготного периода, предоставленного Страхователю в соответствии с п. 6.8. настоящих Правил), при условии направления Страховщиком соответствующего уведомления.

7.8. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.9. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

### **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. разъяснить условия страхования при заключении Договора страхования и давать разъяснения Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю по всем вопросам, касающимся исполнения Договора страхования;

8.1.2. выдать Договор страхования (страховой полис) с приложением настоящих Правил;

8.1.3. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в установленный настоящими Правилами срок, а при отсутствии для этого оснований – направить Выгодоприобретателю мотивированное заключение об отсутствии оснований осуществить страховую выплату, в том числе в связи с отказом в страховой выплате или в связи с освобождением Страховщика от страховой выплаты;

8.1.5. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе и их имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. при заключении Договора страхования провести проверку личности принимаемого на страхование лица;

8.2.2. в случае необходимости требовать медицинского освидетельствования Застрахованного лица в назначенном Страховщиком лечебном учреждении перед заключением Договора страхования;

8.2.3. требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий недействительности сделки, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

8.2.4. требовать изменения условий Договора страхования, в том числе, уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в соответствии с разделом 9 настоящих Правил;

8.2.5. требовать выполнения иных условий, предусмотренных Законодательством РФ и Договором страхования.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и порядке, предусмотренными Договором страхования;

8.3.2. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику достоверную информацию обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и оговоренных Страховщиком в письменном запросе (Заявлении–Анкете, Заявлении на страхование, Заявлении-Декларации);

8.3.3. сообщить Страховщику о наступлении страхового случая в срок, установленный в п.10.1 настоящих Правил;

8.3.4. сообщать Страховщику не реже одного раза в год об изменениях своих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя (ФИО, паспортные данные, адрес регистрации).

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. получить от Страховщика настоящие Правила и любые разъяснения по Правилам страхования и заключенному Договору страхования;

8.4.2. назначать и заменять Выгодоприобретателя с письменного согласия Застрахованного лица;

8.4.3. досрочно расторгнуть Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;

8.4.4. получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством.

8.5. Выгодоприобретатель(-ли) имеет(-ют) право получить страховую выплату в порядке и размере, предусмотренном настоящими Правилами и Договором страхования.

### **9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА**

9.1. В период действия Договора страхования Страхователь, Застрахованное лицо, обязаны в течение 30-ти (Тридцати) календарных дней уведомить Страховщика о ставших известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, путем заполнения Заявления–Анкеты, Заявления на страхование, Заявления-Декларации или другим способом, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. При отказе Страхователя от изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

9.3. Последствия изменения страхового риска в период действия Договора страхования, указанные в п. 9.2 настоящих Правил, могут наступить, только если они прямо предусмотрены Договором страхования.

### **10. ОБЯЗАННОСТИ СУБЪЕКТОВ СТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

10.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан:

- в течение 30 дней с момента, как ему стало известно, письменно или любым другим способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, известить Страховщика или его представителя;

- незамедлительно заявить в компетентные органы, если это требуется для подтверждения факта события;

- представить Страховщику документы, необходимые для признания заявленного события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

10.2. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены: заявление на выплату, документ, удостоверяющий личность заявителя, Договор страхования (страховой полис), а также следующие документы:

10.2.1. свидетельство о смерти или нотариально заверенную копию свидетельства о смерти или решения суда об объявлении Застрахованного лица умершим или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт смерти Застрахованного лица. В случае смерти, наступившей за пределами Российской Федерации, необходимо предоставить подтверждение посольства или консульства того государства, которое выдало документы, что полученные документы являются официальным свидетельством этого государства о смерти, или иным образом легализовать указанные документы;



10.2.2 медицинское свидетельство о смерти с указанием причины (или посмертный эпикриз);

10.2.3. копию, заверенную медицинским учреждением, где была зарегистрирована смерть, или иной документ, устанавливающий причину и обстоятельства смерти, выданный медицинским учреждением или иным уполномоченным государственным органом;

10.2.4. заверенную копию протокола патологоанатомического вскрытия или акта судебно-медицинского исследования, если вскрытие не проводилось, то предоставляется копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки о смерти, на основании которой выдается свидетельство о смерти;

10.2.5. выписку из истории болезни (в случае стационарного лечения) и из амбулаторной карты (в случае амбулаторного лечения) с указанием общего физического состояния, точных диагнозов и дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализации и их причин. Выписки из истории болезни или амбулаторной карты должны быть заверены подписью главного врача или заведующего клиникой, штампом и печатью медицинского учреждения;

10.2.6. копию предусмотренного законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления смерти Застрахованного лица (акт о несчастном случае на производстве, решение суда по уголовному/административному делу, постановление о возбуждении/прекращении/отказе в возбуждении уголовного дела);

10.2.7. распоряжение Застрахованного лица о назначении Выгодоприобретателя (при наличии);

10.2.8. нотариально заверенную копию Свидетельства о праве на наследство (представляется только наследником(-ами)).

10.3. В случае если представленные документы не содержат информации, необходимой для принятия решения о страховой выплате (либо определения ее размера), а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем (Выгодоприобретателем) запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного обоснованного решения, а также провести экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

10.4. Все документы, предоставляемые Страховщику в связи с наступлением страхового случая, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает заявитель.

10.5. Страховщик вправе самостоятельно принимать решение о необходимости и достаточности фактически представляемых документов из числа перечисленных в п. 10.2 настоящих Правил, для признания наступившего события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

### 11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. При наступлении страхового случая страховая выплата осуществляется Страховщиком в следующий размер:

Программа 1 - 100% страховой суммы. Если по Договору страхования установлен период ожидания, то страховая выплата в размере 100 % страховой суммы производится по истечении периода ожидания.

Программа 2 - 100% страховой суммы. Если по Договору страхования установлен период ожидания, то страховая выплата в размере 100 % страховой суммы производится по истечении периода ожидания.

11.2. Если иное не оговорено в Договоре страхования, Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если смерть Застрахованного лица наступила в результате:

11.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

11.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

11.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

11.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Застрахованного, Страхователя или Выгодоприобретателя, в том числе если страховой случай наступил вследствие самоубийства, если на момент самоубийства Договор страхования действовал менее двух лет (или продлялся таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет), за исключением случаев доведения Застрахованного лица до самоубийства противоправными действиями третьих лиц.

11.4. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования:

11.4.1. Выгодоприобретателю(-ям), установленному(-ым) в Договоре страхования;

11.4.2. Наследникам Застрахованного лица в случае:

- если Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица и не был заменен другим лицом;

- в случае одновременной смерти Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

11.4.3. Наследникам Выгодоприобретателя, если после смерти Застрахованного лица последовала смерть Выгодоприобретателя, и он не успел получить причитающуюся ему страховую выплату в связи со смертью Застрахованного лица.

11.5. После получения всех необходимых документов, предусмотренных п. 10.2 и п. 10.3 настоящих Правил, Страховщик в течение 10 рабочих дней составляет и подписывает страховой акт либо направляет в письменном виде извещение об отсутствии оснований для страховой выплаты с указанием причин.

11.6. Страховая выплата осуществляется в течение 10 (Десяти) банковских дней с даты подписания страхового акта.

11.7. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащей страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса.

11.8. В соответствии с законодательством Российской Федерации страховая выплата производится лицу, имеющему право на получение страховой выплаты независимо от сумм, причитающимся ему по другим Договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

11.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании в валютном эквиваленте страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей валюты на дату страхового события.

## 12. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

12.1. Страхователь обязан получить согласие Застрахованного лица на обработку Страховщиком его персональных данных.

12.2. Заключая Договор страхования, Страхователь выражает свое согласие на осуществление Страховщиком обработки указанных в Договоре страхования его персональных данных и персональных данных Застрахованных лиц.

12.3. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц (далее – субъект персональных данных) на обработку их персональных данных.

12.4. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

12.5. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены

соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

12.6. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотренных настоящими Правилами.

12.7. Субъект персональных данных и Страхователь вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

12.8. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договора страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

12.9. После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных или Страхователем согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, установленный законодательством Российской Федерации.

### **13. ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

13.1. Изменение Договора страхования возможно по соглашению сторон, если иное не предусмотрено Договором, при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении Договора страхования.

Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

13.2. Соглашение об изменении Договора страхования совершается в той же форме, что и Договор страхования, если из закона, иных правовых актов, Договора страхования или обычаев делового оборота не вытекает иное.

13.3. В случае изменения Договора страхования обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении или о расторжении Договора страхования, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения Договора страхования.

### **14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

14.1. Все споры по договору страхования разрешаются в претензионном порядке, в случае недостижения согласия – в судебном порядке.

# ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ

**Приложение № 1**  
к Правилам страхования  
жизни на случай смерти

## СТРАХОВОЙ ПОЛИС

№ \_\_\_\_\_

Настоящий страховой полис удостоверяет факт заключения договора страхования в соответствии с Правилами страхования жизни на случай смерти ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» от \_\_\_\_\_ г.

<b>СТРАХОВАТЕЛЬ</b> (фамилия, имя, отчество)			
Дата рождения	Пол	Гражданство	
Место рождения	ИНН (при наличии)		
Адрес места жительства			
Документ, удостоверяющий личность			
_____ серия: _____ № _____ Дата выдачи: _____			
Выдан _____			
<b>ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО</b> (фамилия, имя, отчество)			
Дата рождения	Пол	Гражданство	
Место рождения	ИНН (при наличии)		
Адрес места жительства			
Документ, удостоверяющий личность			
_____ серия: _____ № _____ Дата выдачи: _____			
Выдан _____			
<b>ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ</b> (фамилия, имя, отчество)			
Дата рождения	Пол	Гражданство	
Место рождения	ИНН (при наличии)		
Адрес места жительства			
Документ, удостоверяющий личность			
_____ серия: _____ № _____ Дата выдачи: _____			
Выдан _____			
<b>СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ</b> (нужное указать ✓):			<b>СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ</b>
<input type="checkbox"/> Программа 1 Страхование жизни на срок Смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования, за исключением случаев, установленных п. 4.3 настоящих Правил.			<b>100 % от страховой суммы</b>
<input type="checkbox"/> Программа 2 «Пожизненное страхование» Смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования. Период ожидания ____			<b>100 % от страховой суммы</b>
<b>СТРАХОВАЯ СУММА</b> (руб.)			
<b>СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ</b> (руб.)			
<b>ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ</b> (нужное указать ✓):			
<input type="checkbox"/> в рассрочку страховой взнос в размере _____ руб.			<input type="checkbox"/> единовременно
<input type="checkbox"/> ежегодно ____ числа ____ месяца каждого года <input type="checkbox"/> раз в полгода ____ числа ____, ____ месяца каждого года		<input type="checkbox"/> ежеквартально ____ числа ____, ____, ____, ____ месяца <input type="checkbox"/> ежемесячно ____ числа каждого месяца	
Дата уплаты страховой премии/первого страхового взноса _____ квит. А-7/пл. пор. № _____			
<b>СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ</b>		с 00ч. 00 м. _____	по 23ч. 59 м. _____
<b>ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА</b>	« ____ » _____ 20 ____ г.	<b>МЕСТО ВЫДАЧИ ПОЛИСА</b>	_____
<b>СТРАХОВЩИК:</b>		<b>СТРАХОВАТЕЛЬ:</b>	
Доверенность № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.		С условиями страхования ознакомлен(-а) и согласен(-на). Правила страхования мною получены. Сведения, указанные в настоящем страховом полисе, обязуюсь довести до Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).	
_____ М.П. подпись      Ф.И.О. представителя Страховщика		_____ ____ подпись      Ф.И.О. Страхователя	

# ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ

Приложение № 2  
к Правилам страхования жизни  
на случай смерти

## ЗАЯВЛЕНИЕ - АНКЕТА на заключение договора страхования

Прошу заключить договор страхования на условиях Правил страхования жизни на случай смерти

**СТРАХОВАТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ ИНН (при наличии) \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Паспорт/ Уд. личности: \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес регистрации/ места жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Профессия/ Должность \_\_\_\_\_

**ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО**  он же Страхователь

(не заполняется в случае, если Страхователь является Застрахованным лицом)

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ ИНН (при наличии) \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Паспорт/ Уд. личности: \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес регистрации/ места жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Профессия/ Должность \_\_\_\_\_

## УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

**СТРАХОВЫЕ РИСКИ** (нужное указать ✓):

Программа 1. Страхование жизни на срок

Смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования, за исключением случаев, установленных п. 4.3 настоящих Правил

Программа 2. Пожизненное страхование

Смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования

Период ожидания \_\_\_\_\_ мес/лет

**Срок страхования** (нужное указать ✓) :  - на срок \_\_\_\_\_ лет  - пожизненно

**Порядок уплаты страховой премии** (нужное указать ✓):

- единовременно

в рассрочку  - ежегодно  - раз в полгода  - ежеквартально  - ежемесячно

**ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Отношение к Застрахованному лицу: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ ИНН (при наличии) \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Паспорт/ Уд. личности: \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес регистрации/ места жительства \_\_\_\_\_

**С назначением Выгодоприобретателя согласен(-на)\*:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

(Ф.И.О. Застрахованного лица)

(Заверяется в том случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Страхователь** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

(Ф.И.О.)

# ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ

## ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

<b>Общие сведения о Застрахованном лице:</b>	
1. Семейное положение	<input type="checkbox"/> -холост <input type="checkbox"/> -не замужем <input type="checkbox"/> - женат <input type="checkbox"/> -замужем
2. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с опасностью радиоактивного облучения, СВЧ облучения, опасными химическими веществами? <i>Если «Да», укажите подробности:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с пребыванием в экологически неблагоприятных районах, районах с неблагоприятным климатом, зонах химического или радиоактивного заражения? <i>Если «Да», укажите подробности:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Вы выезжаете с постоянного места жительства, на отдых, в командировку? <i>Если «Да», укажите количество выездов _____ в год, перечислите места пребывания:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально: авиационным спортом, планеризмом, парашютизмом, альпинизмом, дайвингом, авто-мото-гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, а также другими видами рискованного спорта? Если «Да», укажите, пожалуйста, какими видами и с какой периодичностью	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица за последние 5 лет:</b>	
6. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы. <i>Если «Да», укажите диагноз</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Заболевания органов дыхания. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Заболевания желудочно-кишечного тракта. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Заболевания мочеполовой системы. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Заболевания эндокринной системы (диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы и т.п.). <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Заболевания опорно-двигательного аппарата. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Заболевания органов слуха и зрения (тугоухость, выраженная близорукость или дальнозоркость, глаукома, катаракта). <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14. Заболевания крови и лимфатической системы. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15. Болеете ли Вы СПИДом, ВИЧ – инфицированы, гепатитом А, В, С, D и прочими? <i>Если «Да», укажите:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата диагностирования _____    диагноз: _____ дата диагностирования _____	
16. Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарственные (психотропные, наркотические и др.) препараты? <i>Если «Да», укажите название и дозировку:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17. Проходили ли Вы лечение в стационаре (в т.ч. оперативные вмешательства)? Если «ДА» укажите:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата _____ диагноз: _____ дата _____	
18. Проходили ли Вы или проходите в настоящее время лечение от алкоголизма или наркотической зависимости? Если «Да», укажите подробности:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19. Имелись ли у Вас травмы? Если «да» укажите:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата _____ диагноз: _____ дата _____	
20. Состоите ли Вы на диспансерном учете или состояли ранее под диспансерно – динамическим наблюдением по поводу хронических (в т.ч. паразитарных) заболеваний? Если «ДА» укажите:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата _____ диагноз: _____ дата _____	
21. Устанавливалась ли Вам ранее или установлена в настоящее время группа инвалидности (или имеете направление на МСЭ)? Если «Да», укажите дату, группу и диагноз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ гр. _____ дата _____ диагноз: _____ гр. _____ дата _____	

**Застрахованное лицо** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись (Ф.И.О. Застрахованного лица)

## ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ

22. Проходите ли Вы лечение (стационарно, амбулаторно), медицинское обследование в настоящее время? Если «Да», укажите причину:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23. Укажите Ваш рост и вес	Рост _____ см Вес _____ кг
24. Артериальное давление (обычное, мм. рт. ст.)	Верхнее _____ / Нижнее _____
25. Употребляете ли Вы алкоголь? Если «Да», укажите какой именно _____, и средний объем потребления алкоголя за неделю _____ (грамм)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26. Курите ли Вы сейчас или курили ранее? Если «Да», укажите количество сигарет в день _____ шт, как давно Вы курите _____, или как давно Вы прекратили курить _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27. Имеются ли у Вас врожденные пороки развития и (или) заболевания. Если «Да», укажите диагноз:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28. Имеются или имелись ранее у ваших близких родственников (мать/отец, брат/сестра, бабушка/дедушка) онкологические, психические, наследственные заболевания, сахарный диабет, инсульт. Если «Да», укажите родственную связь, диагноз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
_____, _____, _____	
29. Укажите названия медицинских учреждений, в которых Вы наблюдаетесь:	
1) _____ 2) _____ 3) _____	

Настоящим заявляю, что при заполнении данного заявления-анкеты все поставленные Страховщиком вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны. Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил(-а) обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Я ознакомлен(-а) с содержанием статьи 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящем Заявлении-анкете, являются полными и достоверными. Мне известно, что сообщение Страховщику ложных сведений о степени риска по договору является основанием для признания договора страхования недействительным. Мне известно, что я обязан(-а) сообщать ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» о всяких изменениях в обстоятельствах, относительно которых мне были заданы вопросы в настоящем заявлении-анкете.

Я разрешаю любому работнику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ», принимающему решение по вопросу рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" запрашивать и получать в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался(-ась), состоял(а) на учете и/или проходил(-а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанному работнику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о страховой выплате.

Я согласен(-а) на обработку (в т.ч. сбор, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение/обновление, изменение, использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящем заявлении, в договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в том числе Выгодоприобретателю(-ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, страховой выплате и другую, имеющую отношение к договору страхования информацию. При этом мое согласие дается Страховщику на весь срок действия договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Также я согласен(-а) на обработку перестраховщиками, аудиторами и актуариями ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» сообщенных мною персональных данных любым предусмотренным законодательством Российской Федерации способом и разрешаю ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» передачу моих персональных данных указанным категориям лиц.

**Застрахованное лицо\*** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. Застрахованного лица) подпись

\*Заверяется в том случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом

Являются ли Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), его супругом/ой или близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии – родителем/ребенком, бабушкой/бабушкой, внуком/внучкой, полнородным или неполнородным братом/сестрой, усыновителем или усыновленным)?  Нет  Да (нужное указать ✓)? Если «ДА, указать:

фамилия, имя, отчество	степень родства	должность
фамилия, имя, отчество	степень родства	должность
фамилия, имя, отчество	степень родства	должность

## ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ

Являются ли Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, должностным лицом публичной международной организации или лицом, занимающим (замещающим) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального Банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации?  Нет  Да (нужное указать  $\checkmark$ ). Если «Да», указать:

фамилия, имя, отчество	должность
фамилия, имя, отчество	должность
фамилия, имя, отчество	должность

Являются ли Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, иностранным налогоплательщиком?  Нет  Да (нужное указать  $\checkmark$ ) Если «Да», указать: Ф.И.О., страну, налогоплательщиком которой являются указанные лица и получить согласие на передачу информации о факте заключения договора страхования и его условиях в иностранный налоговый орган (по запросу этого иностранного налогового органа. В случае не получения такого согласия иностранного налогоплательщика, Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования.

фамилия, имя, отчество	страна	согласен	подпись
фамилия, имя, отчество	страна	согласен	подпись
фамилия, имя, отчество	страна	согласен	подпись

Я согласен(-а) на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящем заявлении, в договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в том числе Выгодоприобретателю(-ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, страховой выплате и другую, имеющую отношение к договору страхования информацию. При этом мое согласие дается Страховщику на весь срок действия договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Также я согласен(-а) на обработку перестраховщиками и аудиторами ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» сообщенных мною персональных данных любым предусмотренным законодательством Российской Федерации способом и разрешаю ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» передачу моих персональных данных указанным категориям лиц.

Я обязуюсь сообщать Страховщику не реже одного раза в год об изменениях своих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя (ФИО, паспортные данные, адрес регистрации).

**Я принимаю на себя ответственность за полноту и достоверность изложенных сведений и согласен (-на), что данное заявление-анкета является неотъемлемой частью договора страхования/полиса. С Правилами страхования ознакомлен(-на), условия страхования разъяснены и понятны.**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. **Страхователь** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. Страхователя) \_\_\_\_\_ подпись

### Поле для отметок Страховщика

Заявление принял \_\_\_\_\_ Дата получения «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
(Ф.И.О. сотрудника.)

### Повышающие коэффициенты

Базовый тариф, %	Тариф с учетом коэф. %	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

Результат андеррайтинга: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата заключения: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Страховщик: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. сотрудника) \_\_\_\_\_ подпись



**ДОГОВОР  
КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ  
№ \_\_\_\_\_**

г. \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания ЖАСО-ЛАЙФ», именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице \_\_\_\_\_ действующего (-ей) на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое (-ая) в дальнейшем Страхователь, в лице \_\_\_\_\_, действующего (-ей) на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Предметом настоящего Договора является обязательство Страховщика за обусловленную настоящим Договором страховую премию произвести страховую выплату при наступлении страховых случаев, предусмотренных в настоящем Договоре.

1.2. Страхование осуществляется на основании заявления Страхователя (Приложение № 1 к настоящему Договору) и Правил страхования жизни на случай смерти в редакции от \_\_\_\_\_ (далее - Правила страхования) по программе «Страхование жизни на срок», а также в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.3. Застрахованными лицами по настоящему Договору страхования являются \_\_\_\_\_ в количестве \_\_\_\_\_ человек, согласно «Списку Застрахованных лиц» (Приложение 2 к настоящему Договору). Список Застрахованных лиц, представленный Страхователем, прилагается к настоящему Договору и является его неотъемлемой частью.

1.4. В течение срока действия настоящего Договора Страхователем могут быть внесены изменения в список Застрахованных лиц. Все изменения и дополнения оформляются в письменной форме Дополнительным соглашением к настоящему Договору.

Застрахованное лицо, названное в настоящем Договоре, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

1.5. Заключая настоящий Договор, Страхователь обязан получить согласие Застрахованных физических лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.

1.6. Выгодоприобретателем по настоящему Договору является лицо, назначенное с письменного согласия Застрахованного лица в качестве получателя страховой выплаты. Если Выгодоприобретатель не назначен, то выплата производится наследникам Застрахованного лица пропорционально их наследственным долям.

**2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

2.1. В соответствии с настоящим Договором страховым случаем является смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования, за исключением случаев, установленных п.4.3 Правил страхования.

2.2. В соответствии с п.4.3. Правил страхования не признается страховым случаем смерть Застрахованного лица, наступившая вследствие перечисленных ниже обстоятельств:

2.2.1. нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов (принятых без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки) при наличии причинно-следственной связи между состоянием Застрахованного лица и произошедшим событием, за

исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

2.2.2. алкогольного, наркотического или токсического отравления Застрахованного лица или отравления в результате употребления им психотропных, сильнодействующих веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки) при наличии причинно-следственной связи между состоянием Застрахованного лица и произошедшим событием, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

2.2.3. управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории, а также управления в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или передачи управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или лицу, не имеющему права на управление транспортного средства данной категории;

2.2.4. исполнения судебного решения, вступившего в законную силу;

2.2.5. во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения, в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

2.3. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если смерть Застрахованного лица наступила в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

2.4. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Застрахованного, Страхователя или Выгодоприобретателя, в том числе если страховой случай наступил вследствие самоубийства, если на момент самоубийства Договор страхования действовал менее двух лет (или продлялся таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет), за исключением случаев доведения Застрахованного лица до самоубийства противоправными действиями третьих лиц.

### 3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) руб.  
Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо определена в списке Застрахованных лиц.

3.2. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) руб.

**3.3<sup>1</sup>**. Страховая премия уплачивается единовременно путем перечисления общей суммы страховой премии за всех Застрахованных лиц на расчетный счет Страховщика в течение 5 банковских дней с даты подписания настоящего Договора.

**3.3<sup>2</sup>** Страховая премия уплачивается путем перечисления общей суммы страховой премии за всех Застрахованных лиц на расчетный счет Страховщика в рассрочку:

- первый взнос в размере \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей подлежит уплате в срок до \_\_\_\_\_ г.

3.5. В случае непоступления страховой премии (первого взноса) в полном размере и в установленный срок, настоящий Договор считается несостоявшимся, и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю.

В этом случае Страховщик не несет ответственности по событиям, произошедшим после подписания настоящего Договора.

<sup>1</sup> – при единовременной оплате страховой премии

<sup>2</sup> – при оплате страховой премии в рассрочку

## **ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ**

3.6. При неуплате Страхователем в предусмотренные Договором страхования сроки очередного страхового взноса или уплаты его в меньшем размере Страховщик вправе прекратить Договор страхования в качестве последствий неуплаты Страхователем страховых взносов, путем направления Страхователю письменного уведомления о своем намерении (п. 3 статьи 954 ГК РФ).

Договор страхования считается прекратившим свое действие при неполучении от Страхователя ответа в срок, указанный в уведомлении (но не ранее 10 рабочих дней с даты отправки) или получения от него отказа от исполнения обязательств по Договору страхования.

### **4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

4.1. Срок действия настоящего Договора \_\_\_\_\_ год/лет.

4.2. Договор вступает в силу с «\_\_» \_\_\_\_\_ г., при условии уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) согласно п.3.3 настоящего Договора.

### **5. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

5.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Страхователь, (Выгодоприобретатель) обязан сообщить Страховщику о наступлении страхового случая любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом), в течение 30 (Тридцати) календарных дней после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая.

5.2. Для получения страховой выплаты Выгодоприобретатель (наследники по закону) должны представить Страховщику документы в соответствии с п. 9.2 - 9.3 Правил страхования.

5.3. Страховая выплата производится Страховщиком Выгодоприобретателю в размере 100% индивидуальной страховой суммы, установленной в отношении соответствующего Застрахованного лица.

5.4. После получения всех необходимых документов, Страховщик в течение 10 рабочих дней составляет и подписывает страховой акт либо направляет в письменном виде извещение об отсутствии оснований для страховой выплаты с указанием причин.

5.5. Страховая выплата осуществляется в течение 10 (Десяти) рабочих дней с даты подписания страхового акта.

### **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются Дополнительным соглашением, которое является его неотъемлемой частью и действует после его подписания Страховщиком и Страхователем.

6.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором страхования, стороны руководствуются Правилами страхования. В случае противоречия условий настоящего Договора Правилам страхования, положения настоящего Договора приоритет имеют положения настоящего Договора.

6.3. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Страховщика и Страхователя.

6.4. Все приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 Заявление на страхование;
- Приложение № 2 Список Застрахованных лиц на \_\_\_\_\_ листах;
- Приложение № 3 Персональные анкеты Застрахованных лиц на \_\_\_ листах
- Приложение № 4 Правила страхования жизни на случай смерти в редакции от \_\_\_ г.

### **9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

# ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ

Приложение №1  
к Договору коллективного  
страхования жизни на случай смерти  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

### СТРАХОВАТЕЛЬ:

Полное наименование  
организации

Юридический адрес

Фактический адрес

Контактное лицо (Ф.И.О.)

Телефон

Банковские реквизиты: ИНН

БИК

Р/с

Полное наименование банка (город)

К/с

ОГРН

Прошу заключить Договор страхования жизни на случай смерти по программе «Страхование жизни на срок» в пользу физических лиц /сотрудников в количестве \_\_\_\_\_ человек, согласно прилагаемого «Список Застрахованных лиц».

### Условия страхования:

#### страховой риск /случай

Смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования, за исключением случаев, установленных п. 4.3 Правил страхования

Страховая защита на время: \_\_\_\_\_  
(24 часа, на производстве, на производстве, иное)

Срок страхования \_\_\_\_\_ лет

Порядок уплаты страховой премии (нужное указать ✓):

- единовременно

в рассрочку:  - ежегодно  - раз в полгода  - ежеквартально  - ежемесячно  
в течение \_\_\_\_\_ лет в срок \_\_\_\_\_

Размер индивидуальной страховой суммы для Застрахованного лица указывается в Списке.

### С условиями страхования ознакомлен и согласен.

В случае предоставления Страхователем ложных сведений, Договор страхования может быть признан недействительным в соответствии со ст.944 ГК РФ.

Страхователь обязуется сообщать Страховщику не реже одного раза в год об изменениях персональных данных Застрахованных лиц (Выгодоприобретателей) (ФИО, паспортные данные, адрес регистрации).

### Приложение:

1. Список Застрахованных лиц на \_\_\_\_\_ листах.
2. Анкеты Застрахованных лиц \_\_\_\_\_ чел.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

Должность

м.п.

\_\_\_\_\_

подпись

( \_\_\_\_\_ )

(Ф.И.О.)

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ**

ПРИЛОЖЕНИЕ №2  
к Договору коллективного страхования  
жизни на случай смерти  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ**

**СТРАХОВАТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_  
(полное наименование юридического лица)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество Застрахованного лица	Дата рождения	Должность/ подразделение	Индивидуальная страховая сумма, руб.	Страховой тариф*	Страховая премия *	Подпись Застрахованного лица, подтверждающая согласие с исключением из Списка в случае увольнения
1	2	3	8	9	10	11	13
1							
2							
ИТОГО:							

Подтверждаю, что все данные являются правильными и не возражаю против того, что их содержание будет учтено при рассмотрении заявления о приеме на страхование.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_г.

\_\_\_\_\_  
ДОЛЖНОСТЬ

\_\_\_\_\_  
М.П.    подпись

\*Заполняется Страховщиком

# ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ

**ПРИЛОЖЕНИЕ №3**  
к Договору коллективного страхования  
жизни на случай смерти

## ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ ИНН (при наличии) \_\_\_\_\_  
 Место регистрации/ проживания \_\_\_\_\_  
 Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_  
 Выдан \_\_\_\_\_  
 Профессия/ Должность \_\_\_\_\_

<b>Общие сведения о Застрахованном лице:</b>	
1. Семейное положение	<input type="checkbox"/> -холост <input type="checkbox"/> -не замужем <input type="checkbox"/> - женат <input type="checkbox"/> -замужем
2. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с опасностью радиоактивного облучения, СВЧ облучения, опасными химическими веществами? <i>Если «Да», укажите подробности:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с пребыванием в экологически неблагоприятных районах, районах с неблагоприятным климатом, зонах химического или радиоактивного заражения? <i>Если «Да», укажите подробности:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Вы выезжаете с постоянного места жительства, на отдых, в командировку? <i>Если «Да», укажите количество выездов _____ в год, перечислите места пребывания:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально: авиационным спортом, планеризмом, парашютизмом, альпинизмом, дайвингом, авто-мото-гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, а также другими видами рискованного спорта? Если «Да», укажите, пожалуйста, какими видами и с какой периодичностью	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица за последние 5 лет:</b>	
6. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы. <i>Если «Да», укажите диагноз</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Заболевания органов дыхания. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Заболевания желудочно-кишечного тракта. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Заболевания мочеполовой системы. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Заболевания эндокринной системы (диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы и т.п.). <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Заболевания опорно-двигательного аппарата. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Заболевания органов слуха и зрения (тугоухость, выраженная близорукость или дальнозоркость, глаукома, катаракта). <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14. Заболевания крови и лимфатической системы. <i>Если «Да», укажите диагноз:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15. Болеете ли Вы СПИДом, ВИЧ – инфицированы, гепатитом А, В, С, D и прочими? <i>Если «Да», укажите:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата диагностирования _____    диагноз: _____ дата диагностирования _____	
16. Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарственные (психотропные, наркотические и др.) препараты? <i>Если «Да», укажите название и дозировку:</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17. Проходили ли Вы лечение в стационаре (в т.ч. оперативные вмешательства)? Если «Да» укажите:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата _____	
диагноз: _____ дата _____	
18. Проходили ли Вы или проходите в настоящее время лечение от алкоголизма или наркотической зависимости? Если «Да», укажите подробности:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ**

19. Имелись ли у Вас травмы? Если «да» укажите:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата _____ диагноз: _____ дата _____		
20. Состоите ли Вы на диспансерном учете или состояли ранее под диспансерно – динамическим наблюдением по поводу хронических (в т.ч. паразитарных) заболеваний? Если «ДА» укажите:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата _____ диагноз: _____ дата _____		
21. Устанавливалась ли Вам ранее или установлена в настоящее время группа инвалидности (или имеете направление на МСЭ)? Если «Да», укажите дату, группу и диагноз		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ гр. _____ дата _____ диагноз: _____ гр. _____ дата _____		
22. Проходите ли Вы лечение (стационарно, амбулаторно), медицинское обследование в настоящее время? Если «Да», укажите причину:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23. Укажите Ваш рост и вес	Рост _____ см Вес _____ кг	
24. Артериальное давление (обычное, мм. рт. ст.)	Верхнее _____ / Нижнее _____	
25. Употребляете ли Вы алкоголь? Если «Да», укажите какой именно _____, и средний объем потребления алкоголя за неделю _____ (грамм)		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26. Курите ли Вы сейчас или курили ранее? Если «Да», укажите количество сигарет в день _____ шт, как давно Вы курите _____, или как давно Вы прекратили курить _____		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27. Имеются ли у Вас врожденные пороки развития и (или) заболевания. Если «Да», укажите диагноз:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28. Имеются или имелись ранее у ваших близких родственников (мать/отец, брат/сестра, бабушка/дедушка) онкологические, психические, наследственные заболевания, сахарный диабет, инсульт. Если «Да», укажите родственную связь, диагноз		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
_____		
_____		
_____		
29. Укажите названия медицинских учреждений, в которых Вы наблюдаетесь:		
1) _____ 2) _____ 3) _____		

**ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_ степень родства \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_  
 Место рождения \_\_\_\_\_  
 Паспорт/ Уд. личности: \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_  
 Выдан \_\_\_\_\_  
 Адрес регистрации/ места жительства \_\_\_\_\_

Являетесь ли Вы или Выгодоприобретатель иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), его супругом/ой или близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии – родителем/ребенком, бабушкой/дедушкой, внуком/внучкой, полнородным или неполнородным братом/сестрой, усыновителем или усыновленным)?  Нет  Да (нужное указать ✓)? Если «ДА, указать:

фамилия, имя, отчество	степень родства	должность
_____	_____	_____
фамилия, имя, отчество	степень родства	должность
_____	_____	_____

Являетесь ли Вы или Выгодоприобретатель должностным лицом публичной международной организации или лицом, занимающим (замещающим) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального Банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации?  Нет  Да (нужное указать ✓). Если «ДА», указать:

фамилия, имя, отчество	должность
_____	_____
фамилия, имя, отчество	должность
_____	_____

Являетесь ли Вы или Выгодоприобретатель иностранным налогоплательщиком?  Нет  Да (нужное указать ✓)  
 Если «ДА», указать: Ф.И.О., страну, налогоплательщиком которой являются указанные лица и получить согласие на передачу информации о факте заключения Договора страхования и его условиях в иностранный налоговый орган (по

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ**

запросу этого иностранного налогового органа. В случае не получения такого согласия иностранного налогоплательщика, Страховщик имеет право отказать в заключении Договора страхования.

	согласен	
фамилия, имя, отчество	страна	подпись
	согласен	
фамилия, имя, отчество	страна	подпись

Настоящим заявляю, что при заполнении настоящей анкеты все поставленные Страховщиком вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны. Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил(-а) обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Я ознакомлен(-а) с содержанием статьи 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящем анкете, являются полными и достоверными. Мне известно, что сообщение Страховщику ложных сведений о степени риска по Договору является основанием для признания Договора страхования недействительным. Мне известно, что я обязан(-а) сообщать ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» о всяких изменениях в обстоятельствах, относительно которых мне были заданы вопросы в настоящей анкете.

Я разрешаю любому работнику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ», принимающему решение по вопросу рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" запрашивать и получать в медицинских учреждениях, в которые я обращался(-ась), состоял(-а) на учете и/или проходил(-а) обследование и/или лечение, документы и сведения, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов проведенных анализов и иных исследований, и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанному работнику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о страховой выплате.

Я согласен(-а) на обработку (в т.ч. сбор, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение/обновление, изменение, использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящей анкете, в Договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по Договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия Договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в том числе Выгодоприобретателю(-ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по Договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, страховой выплате и другую, имеющую отношение к Договору страхования информацию. При этом мое согласие дается Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия Договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Также я согласен(-а) на обработку перестраховщиками, аудиторами и актуариями ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» сообщенных мною персональных данных любым предусмотренным законодательством Российской Федерации способом и разрешаю ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» передачу моих персональных данных указанным категориям лиц.

Я обязуюсь сообщать Страхователю не реже одного раза в год об изменениях своих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя (ФИО, паспортные данные, адрес регистрации).

**Я принимаю на себя ответственность за полноту и достоверность изложенных сведений и согласен (-на), что данная персональная анкета является неотъемлемой частью Договора страхования.**

С Правилами страхования ознакомлен(-на), условия страхования разъяснены и понятны.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. **Застрахованное лицо** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О.) подпись

**Поле для отметок Страховщика**

Заявление принял \_\_\_\_\_ Дата получения «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
(Ф.И.О сотрудника.)

Повышающие коэффициенты \_\_\_\_\_

Базовый тариф, %	Тариф с учетом коэф. %	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

Результат андеррайтинга: \_\_\_\_\_

Дата заключения: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Страховщик: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**Приложение №4  
к Правилам страхования жизни  
на случай смерти**

**ТАБЛИЦЫ  
БАЗОВЫХ ТАРИФНЫХ СТАВОК  
ПО ПРАВИЛАМ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ  
НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ**

**(на 12 листах)**