

**Соглашение-оферта об оказании услуги включения в Список застрахованных лиц
 по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 (ред. 30.04.2019)**
 (далее – Соглашение/Договор/Оферта) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования № Д2/СФ/02/20 от 26.02.2020 г.

г. Чебоксары

XX.XX.202Xг.

Общество с ограниченной ответственностью «ИК «Сфера», именуемое в дальнейшем «Общество», в лице Директор Раськина Александра Анатольевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и любое физическое лицо, полностью и безоговорочно принимающее условия настоящего соглашения, выразившее акцепт настоящей оферты путем размещения своих персональных данных, заполнив форму регистрации и заполнив анкету на Сайте Общества гр. РФ Иванов Иван Иванович, паспорт серия 9700 номер 123456 выдан Чебоксарским РОФД Чувашской Республики, дата выдачи 10.03.2000г., код подразделения 212-000, зарегистрированный по адресу: Чувашская Республика, гор. Чебоксары, ул. Николаева, д. 2, кв. 22, и подтвердив свое согласие с приведенными ниже условиями (путем выбора и акцептования указанного Соглашения-оферты на сайте Общества простой электронной подписью), именуемый(ая) в дальнейшем «Клиент», с другой стороны, совместно именуемые «Сторонами», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

- Клиент имеет право на включение в Список застрахованных лиц по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 (ред. 30.04.2019) (Приложение №1 к настоящему Соглашению, далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования № Д2/СФ/02/20 от 26.02.2020 г. (заключенного между страхователем - Обществом и страховщиком-АО«Д2 Страхование») (Далее –Договор коллективного страхования) в качестве Застрахованного лица.
- Стоимость услуги Общества по включению Клиента в Список застрахованных лиц по Программе добровольного коллективного страхования по Договору коллективного страхования составляет

1 000 (Одна тысяча) рублей рублей.

Услуга Общества, оказываемая по настоящему Соглашению, (далее – Услуга Общества) включает в себя консультирование по условиям Программы страхования, сбор, обработку и техническую передачу информации о Клиенте Страховщику, связанную с организацией включения застрахованного лица в Список застрахованных лиц по Договору коллективного страхования, а также консультирование и документальное сопровождение при урегулировании страховых случаев.

Клиент, подписывая настоящее Соглашение, подтверждает, что:

- Сумма услуги, оказываемой Обществом, не включает в себя компенсацию каких-либо расходов Страхователя (Общества) на оплату страховой премии Страховщику;
 - При включении в Список застрахованных лиц будет являться Застрахованным лицом по Договору коллективного страхования на условиях Программы страхования и в соответствии со ст.934 ГК РФ, застрахованное лицо не уплачивает прямо или косвенно страховую премию Страховщику, застрахованное лицо не является Страхователем по Договору коллективного страхования (в связи с чем, на отношения сторон по настоящему Соглашению и по Договору коллективного страхования не распространяются положения Указания Банка России от 20.11.2015г. № 3854-у «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования»);
- Клиент оплачивает Услугу Общества путем:
 - Самостоятельно посредством наличной или безналичной оплаты;
 - Посредством безакцептного (автоматического) списания денежных Обществу.

Клиент подтверждает, что выразил свое согласие на списание:

(Подпись/Аналог собственноручной подписи (ПЭП))

Иванов Иван Иванович
ФИО

Приложение №1

Программа добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 (ред. 30.04.2019)

Настоящая Программа добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 (далее – Программа страхования) регулируется Правилами страхования жизни и здоровья от несчастных случаев 6.0. (далее – Правила страхования) в редакции, действующей на дату подписания Заявления о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе страхования (далее – Заявление на присоединение). Программа страхования и Правила страхования доступны на сайте Страховщика www.d2insur.ru.

Участие в Программе страхования не является условием для получения иных услуг, в том числе предоставляемых Страхователем, и отказ от участия в Программе страхования не может являться основанием для отказа в предоставлении таких услуг или ухудшения условий их предоставления. Участие в Программе страхования не является способом обеспечения исполнения каких-либо обязательств Застрахованного лица.

1. Страховщик	Акционерное общество «Д2 Страхование», лицензия ЦБ РФ СЛ № 1412. Полная информация о Страховщике доступна на сайте www.d2insur.ru .
2. Страхователь	Указан в Договоре добровольного коллективного страхования (далее – Договор страхования), Заявлении на присоединение.
3. Застрахованное лицо	3.1. Дееспособное физическое лицо, по возрасту и состоянию здоровья отвечающее требованиям настоящей Программы страхования, указанное в Списке Застрахованных лиц и за которое Страхователем уплачена страховая премия Страховщику. 3.2. На условиях настоящей Программы страхования с учетом степени риска могут быть приняты на страхование и являться Застрахованными лицами только следующие лица: а) не младше 18 лет на момент распространения в отношении них действия Договора страхования и не старше 80 лет на момент окончания в отношении них действия Договора страхования; б) не являющиеся инвалидами с детства, инвалидами I (первой), II (второй), III (третьей) группы инвалидности, не имеющие основания на установление группы инвалидности (в т.ч. направление на медико-социальную экспертизу), не являющиеся недееспособными лицами; в) не страдающие / не страдавшие онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами, болезнями нервной системы (включая эпилепсию), рассеянным склерозом, наркоманией, токсикоманией и другими видами химической зависимости, алкоголизмом, и / или не состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах; г) не страдающие / не страдавшие врожденной, генетической, приобретенной патологией костной системы и опорно-двигательного аппарата; д) которым не установлен диагноз «Гепатит С», СПИД, ВИЧ-инфекция, саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом; е) не состоящие на службе в действующей армии, не принимающие участие в военных действиях и подавлении беспорядков; ж) не нуждающиеся в длительной посторонней помощи, не парализованные; з) не находящиеся под следствием или в местах лишения свободы. 3.3. Подписывая Заявление на присоединение, физическое лицо подтверждает, что соответствует условиям п. 3.2. Программы страхования. Если физическое лицо, принятое на страхование (на основании подписанного им Заявления на присоединение), сообщило Страховщику заведомо ложные сведения (в т.ч. о соответствии условиям п. 3.2. Программы страхования), то Договор страхования в отношении этого лица является незаключенным.
4. Объект страхования	Объектами страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смертью в результате событий, предусмотренных разделом 6 Программы страхования.
5. Выгодоприобретатель	Получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо, а в случае его смерти – наследники Застрахованного лица.
6. Страховые случаи / риски	Страховым случаем в рамках настоящей Программы страхования является одно из следующих событий, произошедших в течение срока страхования Застрахованного лица (при условии, что данное событие не относится к событиям, которые в соответствии с разделом 7 Программы страхования не являются страховыми случаями): 6.1. Смерть Застрахованного лица в результате одного из следующих событий, произошедших в течение срока страхования Застрахованного лица:

	<p>а) взрыва;</p> <p>б) действия электрического тока;</p> <p>в) удара молнии;</p> <p>г) нападения животных;</p> <p>д) противоправных действий третьих лиц;</p> <p>е) падения предметов на Застрахованное лицо;</p> <p>ж) падения самого Застрахованного лица;</p> <p>з) утопления;</p> <p>и) попадания в дыхательные пути инородного тела;</p> <p>к) острого отравления ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами;</p> <p>л) движения средств транспорта или их крушения;</p> <p>м) пользования движущими механизмами, оружием, всякого рода инструментами;</p> <p>н) воздействия высоких или низких температур, химических веществ.</p>
	<p>6.2. Установление Застрахованному лицу инвалидности I (первой) группы впервые в результате одного из следующих событий, произошедших в течение срока страхования Застрахованного лица:</p> <p>а) взрыва;</p> <p>б) действия электрического тока;</p> <p>в) удара молнии;</p> <p>г) нападения животных;</p> <p>д) противоправных действий третьих лиц;</p> <p>е) падения предметов на Застрахованное лицо;</p> <p>ж) падения самого Застрахованного лица;</p> <p>з) попадания в дыхательные пути инородного тела;</p> <p>и) острого отравления ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами;</p> <p>к) движения средств транспорта или их крушения;</p> <p>л) пользования движущими механизмами, оружием, всякого рода инструментами;</p> <p>м) воздействия высоких или низких температур, химических веществ.</p>
7. Не являются страховыми случаями	<p>7.1. События, указанные в пунктах 6.1., 6.2. Программы страхования, не являются страховым случаем и страховая выплата по ним не производится, если они произошли вследствие:</p> <p>а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, забастовок;</p> <p>б) умышленных действий Страхователя / Застрахованного лица / Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая; причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений;</p> <p>в) самоубийства Застрахованного лица, за исключением случая, когда смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени Договор страхования в отношении него действовал уже не менее 2 (двух) лет;</p> <p>г) случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы;</p> <p>д) действия / бездействия Застрахованного лица, находившегося в состоянии опьянения, если такое опьянение наступило в результате употребления Застрахованным лицом алкоголя, любых заменителей алкоголя, наркотических, психотропных, токсических веществ и неизвестных ядов или лекарственных веществ (препаратов); алкогольного отравления Застрахованного, отравления в результате употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ;</p> <p>е) управления Застрахованным лицом любым транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения либо без права на управление, либо передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;</p> <p>ж) причин, прямо или косвенно вызванных нервным или психическим заболеванием Застрахованного лица, параличом, эпилептическими припадками, если они не явились следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора страхования;</p> <p>з) инфекционного заболевания независимо от причины заражения;</p> <p>и) занятий любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки;</p> <p>к) занятия опасными видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс, фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг при глубине погружения более 25 метров, кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта, парашютный спорт, парашютеризм, дельтапланеризм, конный спорт, боевые единоборства, экстремальные виды велосипедного спорта, поездки или управления мотоциклом, мотороллером, маломерным судном или снегоходом и т. п.;</p> <p>л) неустановленной причины.</p>
8. Страховая сумма	30 000 рублей в отношении одного Застрахованного лица. Указывается в Списке Застрахованных лиц и Заявлении на присоединение.
9. Страховая выплата	<p>9.1. Страховая выплата по страховым случаям, указанным в разделе 6 Программы страхования осуществляется в пределах страховой суммы, установленной в отношении данного Застрахованного лица:</p> <p>а) Смерть Застрахованного - 100% (Сто процентов) страховой суммы;</p> <p>б) Инвалидность I группы - 100% (Сто процентов) страховой суммы.</p> <p>9.2. Страховая выплата осуществляется в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком <u>полного пакета</u> надлежащим образом оформленных документов в соответствии с разделом 13 настоящей Программы страхования, а в случае отсутствия оснований для страховой выплаты Страховщик в указанный срок направляет Страхователю / Выгодоприобретателю соответствующее уведомление. Срок урегулирования требования о страховой выплате может быть продлен на 90 (Девяносто) календарных дней со дня направления Страховщиком соответствующего запроса (или на период получения Страховщиком ответов на направленные им запросы) в связи с необходимостью получения Страховщиком информации от компетентных органов и / или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.</p> <p>9.3. При наличии достаточных оснований Страховщик имеет право отсрочить решение вопроса о страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела – до момента окончания расследования компетентными органами.</p> <p>9.4. Общая сумма страховых выплат в отношении конкретного Застрахованного лица не может превышать страховой суммы, установленной в отношении него. Если Выгодоприобретателю произведена страховая выплата, то страховая сумма в отношении Застрахованного лица уменьшается на величину выплаченного возмещения со дня выплаты страхового возмещения.</p> <p>9.5. Страховая выплата НЕ осуществляется, если:</p> <p>а) компетентные органы не подтверждают факт несчастного случая и не установлена причинно-следственная связь между несчастным случаем и фактом смерти либо установлением инвалидности впервые;</p> <p>б) Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) не предоставлены документы и сведения в соответствии с разделом 13 настоящей Программы страхования, и / или уполномоченными органами не предоставлены обоснованно затребованные Страховщиком документы;</p> <p>в) Застрахованное лицо отказывается пройти медицинское освидетельствование по требованию Страховщика;</p> <p>г) Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) представлены для получения страховой выплаты ложные сведения и документы. В этом случае Страховщик отказывает в выплате, независимо от того, что событие, имевшее место в действительности, может быть классифицировано как страховой случай.</p>
10. Срок страхования	Срок страхования устанавливается индивидуально для каждого Застрахованного лица в Списке Застрахованных лиц и не может превышать 180 дней. Срок страхования Застрахованного лица также указывается в Заявлении на присоединение. Действие Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного лица (срока страхования) начинается с даты, указанной в Списке Застрахованных лиц, и оканчивается истечением срока страхования, указанного в Списке Застрахованных лиц, при условии уплаты Страхователем страховой премии.
11. Страховая премия, порядок уплаты страховой премии	Уплата страховой премии осуществляется Страхователем одновременно путем безналичного перечисления на счет Страховщика. Конкретный порядок уплаты страховой премии определяется в Договоре страхования.
12. Время и территория страхования	В любое время суток на территории Российской Федерации, за исключением территории Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Республики Северная Осетия-Алания, Чеченской Республики, Республики Крым.
13. Документы, представляемые при наступлении события, имеющего признаки страхового случая	<p>Для установления, является ли заявленное событие страховым случаем, и принятия решения о страховой выплате Страхователь / Застрахованное лицо / Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику следующие документы:</p> <p>13.1. Общие документы:</p> <p>а) Заявление Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты по установленной форме, форма доступна на www.d2insur.ru.</p> <p>б) Заверенная Страхователем копия Заявления на присоединение, подписанного Застрахованным лицом.</p> <p>в) Паспорт Застрахованного лица / Выгодоприобретателя / наследника Застрахованного лица / Заявителя (основная страница, страница с адресом регистрации) – копия (в случае смерти Застрахованного лица копия его паспорта не предоставляется);</p> <p>г) Реквизиты банковского счета Выгодоприобретателя для получения страховой выплаты, включая наименование и БИК банка, ИНН банка, номер корреспондентского счета банка, номер лицевого счета клиента.</p> <p>13.2. При наступлении риска «Смерть Застрахованного лица» (п. 6.1. Программы страхования):</p> <p>а) Свидетельство о смерти Застрахованного лица – копия.</p> <p>б) Справка о смерти с указанием причины смерти или медицинское свидетельство о смерти – оригинал или копия, заверенная выдавшим</p>

- учреждением.
- в) Медицинское (врачебное) заключение о причине смерти или заключение судебно-медицинской экспертизы / заключение патологоанатома / посмертный эпикриз – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- г) Выписка из акта судебно-химического исследования / справка на момент поступления в стационар о результатах исследования биологических жидкостей трупа (кровь, моча и т. д.) на содержание этилового алкоголя, наркотических, токсических веществ – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением (не предоставляется, если указанная информация содержится в документах, предоставленных согласно п. 13.2.в).
- д) Постановление о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о признании потерпевшим – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- е) Выписка из амбулаторной карты за последние 5 лет с указанием общего физического состояния, диагнозов и дат их постановки – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- ж) Документы в соответствии с п. 13.4. Программы страхования.
- з) Свидетельство о праве на наследство – нотариально заверенная копия (в случае если наследники Застрахованного лица являются выгодоприобретателями); копия документа, удостоверяющего личность наследника.
- 13.3. При наступлении риска «Установление Застрахованному лицу I (первой) группы инвалидности» (п. 6.2. Программы страхования):**
- а) Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- б) Заключение медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении инвалидности – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- в) Направление на МСЭ – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- г) Выписной эпикриз в случае госпитализации, прохождения стационарного лечения по факту полученной травмы – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- д) Справка лечебного учреждения в случае амбулаторного лечения по факту полученной травмы, с указанием в ней анамнеза и диагноза, периода непрерывного лечения – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- е) Справка лечебного учреждения (травмпункта) о первичном обращении по факту полученной травмы – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- ж) Справка лечебного учреждения о результатах освидетельствования на содержание этилового алкоголя, наркотических, токсических веществ при обращении за медицинской помощью в медицинское учреждение по факту полученной травмы (в случае если событие наступило в результате несчастного случая) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- з) Выписка из амбулаторной карты за последние 5 лет с указанием общего физического состояния, диагнозов и дат их постановки – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- и) Документы в соответствии с п. 13.4. Программы страхования.
- 13.4. Документы, предоставляемые при определенных обстоятельствах:**
- а) При ДТП: справка из ГИБДД с указанием времени и места ДТП, постановление в отношении участников, протокол об административном правонарушении – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- б) При причинении вреда здоровью в результате противоправных действий третьих лиц: документ из компетентных органов (справка о возбуждении, приостановлении уголовного дела, постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о признании потерпевшим, иной документ, подтверждающий, что о происшедшем было заявлено в компетентные органы) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- в) При несчастном случае на производстве: акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- г) При несчастном случае по пути на работу: акт о несчастном случае по пути на работу или с работы, составленный работодателем, – оригинал или копия, заверенная работодателем.
- 13.5. При наступлении страхового случая и принятия решения о страховой выплате Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг на основании предоставленных им документов.
- 13.6. В случае выявления факта предоставления Страховщику неполного пакета документов и / или документов, оформленных ненадлежащим образом, Страховщик направляет уведомление заявителю с указанием перечня недостающих и / или ненадлежащим образом оформленных документов не позднее 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком неполного пакета документов и / или документов, оформленных ненадлежащим образом.

ПАмятка клиенту

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая:

Незамедлительно обратитесь в лечебное учреждение для получения медицинской помощи.

Уведомите АО «Д2 Страхование» любым доступным способом в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента события.

Соберите полный пакет документов (раздел 13 Программы страхования) и направьте в страховую компанию на почтовый адрес, указанный ниже.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

АО «Д2 Страхование». Почтовый адрес: 630099, Новосибирск, ул. Советская, 33, 4 этаж.

Телефон: 8 800 7755 290 (звонок по России бесплатный).

Адрес электронной почты help@d2insur.ru. Интернет-сайт страховой компании www.d2insur.ru.

КЛИЕНТ

ФИО: Иванов Иван Иванович

Адрес регистрации: Чувашская Республика, гор. Чебоксары, ул. Николаева, д. 2, кв. 22

Адрес проживания: Чувашская Республика, гор. Чебоксары, ул. Николаева, д. 2, кв. 22

Паспортные данные: серия 9700 номер 123456 выдан Чебоксарским РОФД Чувашской Республики, дата выдачи 10.03.2000г.

Телефон: 79001234567; Email: ivanovii@mail.ru

(Подпись/Аналог собственнo ручной подписи (ПЭП))

Иванов Иван Иванович
ФИО

Заявление о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 (ред. 30.04.2019)

Настоящим я,	Иванов Иван Иванович		
Дата рождения	01.01.1980 г.	Телефон	79001234567
Паспортные данные	серия 9700 номер 123456 выдан Чебоксарским РОФД Чувашской Республики, дата выдачи 10.03.2000г.		
Адрес регистрации	Чувашская Республика, гор. Чебоксары, ул. Николаева, д. 2, кв. 22		

действуя осознанно и добровольно, выражаю свое желание быть Застрахованным лицом по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 (ред. 30.04.2019) (далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования № Д2/СФ/02/20 от 26.02.2020г., заключенным между ООО ИК «Сфера» (далее – Страхователь) и АО «Д2 Страхование» (далее – Страховщик) (далее – Договор добровольного коллективного страхования).

Настоящим я подтверждаю, что ознакомлен (-а) с информацией о Страховщике, со всеми условиями Программы страхования, включая сведения о страховых случаях / рисках, размере страховой суммы, сроке страхования, имущественном интересе, являющемся объектом страхования, размере страховой премии (страхового тарифа), условиях досрочного расторжения договора страхования в отношении Застрахованного лица, порядке осуществления страховой выплаты.

Располагая всей необходимой информацией, я прошу указать меня в Списке Застрахованных лиц (являющемся неотъемлемой частью Договора добровольного коллективного страхования) в качестве Застрахованного лица на следующих условиях:

Страховой случай	Страховая сумма	Срок страхования
<p>– Смерть Застрахованного лица в результате одного из событий: а) взрыв; б) действие электрического тока; в) удар молнии; г) нападение животных; д) противоправные действия третьих лиц; е) падение предметов на Застрахованное лицо ж) падение самого Застрахованного лица; з) утопление; и) попадание в дыхательные пути инородного тела; к) острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; л) движение средств транспорта или их крушение; м) пользование движущимися механизмами, оружием, всякого рода инструментами; н) воздействие высоких или низких температур, химических веществ.</p> <p>– Установление Застрахованному лицу инвалидности I (первой) группы впервые в результате одного из событий:</p> <p>а) взрыв; б) действие электрического тока; в) удар молнии; г) нападение животных; д) противоправные действия третьих лиц; е) падение предметов на Застрахованное лицо ж) падение самого Застрахованного лица; з) попадание в дыхательные пути инородного тела; и) острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; к) движение средств транспорта или их крушение; л) пользование движущимися механизмами, оружием, всякого рода инструментами; м) воздействие высоких или низких температур, химических веществ.</p>	<p>30 000,00 (Тридцать тысяч) руб.</p>	<p>с 01» января 2020г. по «31» января 2020г., а в случае уплаты Страхователем страховой премии.</p>
Выгодоприобретатель		
<p>Получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо, а в случае его смерти – наследники Застрахованного лица.</p>		

Иванов Иван Иванович
(Подпись/Аналог собственноручной подписи (ПЭП))
ФИО

Я заявляю, что на момент подписания настоящего заявления: а) не являюсь инвалидом с детства, инвалидом I, II или III группы и не имею оснований на установление группы инвалидности (в т.ч. направления на медико-социальную экспертизу); б) не страдаю / не страдал онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами, болезнями нервной системы (включая эпилепсию), рассеянным склерозом, наркоманией, токсикоманией и другими видами химической зависимости, алкоголизмом, и / или не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах; в) не страдаю / не страдал врожденной, генетической, приобретенной патологией костной системы и опорно-двигательного аппарата; г) мне не установлен диагноз «Гепатит С», СПИД, ВИЧ-инфекция, саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом; д) не состою на службе в действующей армии, не принимаю участие в военных действиях и подавлении беспорядков; е) не нуждаюсь в длительной посторонней помощи, не парализован; ж) не нахожусь под следствием и не осужден к лишению свободы.

Я подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем заявлении. Мне известно, что характер этих сведений является основанием для моего участия в Программе страхования. Я понимаю и согласен (-а) с тем, что если мною приведены ложные (недостоверные) сведения, сокрыты факты, то Договор добровольного коллективного страхования в отношении меня является незаключенным.

Я уведомлен и согласен, что действие Договора добровольного коллективного страхования (страховая защита) не распространяется на меня в период моего нахождения в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

Я даю согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом ОМС, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» по запросу Страховщика документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Я подтверждаю, что Страховщик выбран мною добровольно, и что я уведомлен (-а) Страхователем о своем праве выбрать любую другую страховую компанию по своему усмотрению, либо отказаться от участия в Программе страхования.

Я уведомлен (-а), что участие в Программе страхования не является условием для получения иных услуг, в том числе предоставляемых Страхователем, и мой отказ от участия в Программе страхования не может являться основанием для отказа в предоставлении таких услуг или ухудшения условий предоставления таких услуг. Я подтверждаю, что Договор добровольного коллективного страхования / мое участие в Программе страхования не является способом обеспечения исполнения каких-либо обязательств Застрахованного лица.

Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» (630099, Новосибирск, ул. Советская, 33, 4 этаж) и его контрагентам на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым, не противоречащим законодательству РФ, способом (в том числе с использованием средств автоматизации или без использования таких средств) моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефонов, адреса электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, социально-демографические характеристики, сведения о состоянии моего здоровья – в целях присоединения меня в качестве застрахованного лица к Договору добровольного коллективного страхования по Программе страхования, исполнения договора страхования, перестрахования, проведения маркетинговых исследований и рекламных акций. Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» на осуществление информирования меня путем направления смс / голосовых сообщений, а также по телефону, Интернет, электронной почте, почте и другим каналам связи о продуктах и услугах Страховщика (включая сообщения рекламного характера). Согласие на обработку персональных данных и согласие на информирование вступают в силу в момент подписания настоящего заявления и действуют в течение 5 (Пяти) лет с даты окончания срока страхования; по истечении указанного срока действие согласий считается продленным на каждые следующие 5 (Пять) лет при отсутствии сведений об их отзыве. Согласие может быть отозвано в любое время путем передачи Страховщику подписанного Застрахованным письменного уведомления; в случае отзыва согласия Страховщик прекращает обработку персональных данных после выполнения требований законодательства, регламентирующих его деятельность, и в сроки, предусмотренные действующим законодательством РФ.

Я уведомлен, что Страхователь уплачивает Страховщику страховую премию, размер которой рассчитывается путем умножения страховой суммы на страховой тариф 0,1 % в месяц.

С Договором добровольного коллективного страхования, Программой добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 ознакомлен (-а) и согласен (-а). Программу добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-1.3 получил (-а), обязуюсь ее выполнять.

Настоящее заявление заполнено с моих слов и по моему поручению. Со всеми документами и условиями, перечисленными в заявлении, я подробно ознакомился (-ась), все указываемые в заявлении условия мной проверены, я с ними согласен (-на) и подтверждаю.

Иванов Иван Иванович
(Подпись/Аналог собственноручной подписи (ПЭП))
ФИО