



Уважаемый Страхователь!

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с информацией о заключенном Вами договоре страхования:

- 1 заключение договора страхования носит добровольный характер и не является необходимым условием для получения каких-либо иных услуг;
- 2 обязательства по договору страхования несет страховая организация – ООО «СК «Райффайзен Лайф» (ОГРН 1097746021955);
- 3 выгодоприобретателем (получателем страховой выплаты при наступлении страхового случая) является Застрахованное лицо;
- 4 договором страхования предусмотрен **Период свободного ознакомления** с его условиями продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения договора страхования, в течение которого Вы вправе расторгнуть Договор страхования с возвратом уплаченной страховой премии в полном объеме;
- 5 в случае отказа от договора страхования по истечении Периода свободного ознакомления возврат уплаченных Вами денежных средств не производится.

Страховой сертификат (оферта)

№ от

Программа страхования «На всякий случай»

Настоящая оферта, в случае ее акцепта Страхователем путем оплаты Страховой премии в размере, указанном в настоящей оферте, подтверждает заключение Договора страхования в соответствии с нижеизложенными условиями и Полисными условиями страхования от несчастных случаев по программе страхования «На всякий случай», утв. Приказом Страховщика № 929/22 от 26.04.2022.

↓ Страхователь / Застрахованное лицо / Выгодоприобретатель:

Ф. И. О.	<input type="text"/>		
ДАТА РОЖДЕНИЯ	<input type="text"/>	ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РФ:	<input type="text"/>
		серия	номер
		дата выдачи	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	<input type="text"/>		
КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	телефон мобильный	адрес электронной почты	

↓ Условия страхования

Страховые риски	Страховая сумма (в рублях РФ)	Размер Страховой выплаты (в рублях РФ)	Страховая премия (в рублях РФ)
Инвалидность I группы Застрахованного лица в результате Несчастного случая за исключением случаев, предусмотренных в разделе 6 «Исключения» Полисных условий и кроме Инвалидности I группы Застрахованного лица в результате ДТП	1 000 000 (один миллион)	100% Страховой суммы	250 (двести пятьдесят)
Инвалидность I группы Застрахованного лица в результате ДТП за исключением случаев, предусмотренных в разделе 6 «Исключения» Полисных условий	2 000 000 (два миллиона)	100% Страховой суммы	
Телесные повреждения Застрахованного лица в результате Несчастного случая за исключением случаев, предусмотренных в разделе 6 «Исключения» Полисных условий и кроме Телесных повреждений в результате ДТП	250 000 (двести пятьдесят тысяч)	Согласно Таблицам размеров Страховых выплат, но не более 100% Страховой суммы	
Телесные повреждения Застрахованного лица в результате ДТП за исключением случаев, предусмотренных в разделе 6 «Исключения» Полисных условий	500 000 (пятьсот тысяч)	Согласно Таблицам размеров Страховых выплат, но не более 100% Страховой суммы	

↓ Порядок вступления в силу договора страхования

Договор страхования вступает в силу с 00 ч 00 мин дня, следующего за днем заключения Договора страхования (оформления Страхового сертификата) при условии оплаты Страховой премии в полном объеме.

↓ Срок действия договора страхования

1 (один) месяц, с по

Договор страхования возобновляет своё действие на аналогичный срок при оплате страховой премии в том же размере в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты окончания срока действия Договора страхования.

↓ Период свободного ознакомления

Период, начинающийся с даты заключения Договора страхования и длящийся 14 (четырнадцать) календарных дней, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть Договор страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии. Период свободного ознакомления не применяется к возобновленному на новый срок Договорам страхования.

↓ Декларация Страхователя / Застрахованного лица

Подписав настоящее Заявление простой электронной цифровой подписью (одноразовым кодом из смс-сообщения) на сайте Страховщика и оплатив страховую премию, подтверждаю, что на момент заключения Договора страхования Я, Страхователь:

- ☒ не являюсь инвалидом I или II группы;
- ☒ не страдаю нервными и психическими и/или расстройствами;
- ☒ не страдаю любыми зависимостями, подтвержденными медицинскими документами;
- ☒ не состою на диспансерном учете;
- ☒ не болею СПИДом и не являюсь ВИЧ-инфицированным;
- ☒ не принимаю участие в любых видах спорта на профессиональной основе, не участвую в соревнованиях и/или попытках установления рекорда и/или не имею опасные хобби (бокс, боевые искусства, альпинизм, скалолазание, горные лыжи/сноубординг на не маркированных трассах, парашютный спорт, хоккей);
- ☒ не прохожу службу в вооруженных силах, не занят(-а) в профессиональной и непрофессиональной авиации, в работах со взрывчатыми веществами, в подземных работах, в работах на высоте;
- ☒ не являюсь водолазом, пожарным, сотрудником правоохранительных органов, скалолазом, работником ядерной или нефтяной промышленности, охранником.
- ☒ не являюсь иностранным гражданином или лицом без гражданства;
- ☒ не являюсь налоговым резидентом иной страны, в том числе США;
- ☒ не являюсь публичным должностным лицом (в том числе, иностранным публичным должностным лицом), а также супругом (-ой) или близким родственником такого лица, не действую в интересах таких лиц;
- ☒ предоставил(-а) Страховщику (ООО «СК «Райффайзен Лайф» 115230, г. Москва, 1-й Нагатинский пр-д, д. 10, стр. 1), персональные данные и иную информацию обо мне и иных застрахованных лицах, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жительства (регистрации); сведения о документе, удостоверяющем личность, и иные персональные данные; ИНН; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечения (хобби), содержащиеся в настоящем Страховом сертификате (оферте) и иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи заключением и/или с исполнением Договора страхования (далее – Персональные данные);
- ☒ дал(-а) согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне и иных застрахованных лицах (в том числе сведения о состоянии здоровья, сведения, составляющие врачебную тайну), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение Персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях заключения и исполнения Договора страхования, осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев, учета Договора страхования в базах данных Страховщика и получения мной информации о продуктах и услугах Страховщика (далее – Цели обработки). Согласен(согласна), что Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных, поручить обработку и предоставлять Персональные данные АО «Райффайзенбанк» (129090, Москва, ул. Троицкая, д. 17, строение 1), юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки, и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;
- ☒ согласился(согласилась) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения о состоянии моего здоровья) действительно в течение 5 (пяти) лет после прекращения всех обязательств сторон по Договору страхования. Я подтверждаю, что мне сообщено о порядке отзыва согласия на обработку моих Персональных данных путем направления письменного заявления по месту нахождения Страховщика;
- ☒ согласился(согласилась) с тем, что Страховщик вправе при подписании Страхового сертификата (оферты) и иных документов, подписываемых Страховщиком в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;
- ☒ разрешил(-а) любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии моего здоровья и здоровья иных застрахованных лиц (включая сведения, составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику и Сервисному центру Страховщика;
- ☒ подтвердил(-а), что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в любых документах, заполняемых и подписываемых мною или от моего имени в целях заключения или исполнения Договора страхования, являются правдивыми и достоверными;
- ☒ Я подтверждаю и согласен (согласна) с тем, что Страховщик вправе отправлять сообщения, связанные с заключением, исполнением, изменением и расторжением Договора страхования, по месту регистрации, адресу электронной почты, номеру мобильного телефона, указанным мной в настоящем Страховом сертификате (оферте).
- ☒ С применимыми Полисными условиями, указанными в настоящей оферте, ознакомлен и согласен(ознакомлена и согласна), что подтверждается простой электронной цифровой подписью на сайте Страховщика посредством ввода числового кода из SMS-сообщения, а также оплатой страховой премии в полном объеме.



При наступлении страхового случая необходимо заполнить [заявление](#) на сайте ООО «СК «Райффайзен Лайф» и предоставить документы, в соответствии с Полисными условиями. Список документов вы увидите при заполнении заявления о наступлении страхового случая на сайте ООО «СК «Райффайзен Лайф» в разделе «Страховой случай».

Более подробно о процессе получения страховой выплаты можно узнать [здесь](#)



ООО «СК «РАЙФФАЙЗЕН ЛАЙФ»
Генеральный директор

Мельников А. Е.

