

**ПОЛИС № V05077-0023446  
ПО КОМПЛЕКСНОМУ ИПОТЕЧНОМУ СТРАХОВАНИЮ**

г. Москва

16.09.2019 г.

Настоящий Полис выдан Страхователю на основании его письменного заявления и удостоверяет факт заключения договора страхования со Страховщиком - ООО СК «ВТБ Страхование» (далее – договор страхования) на условиях, содержащихся в тексте настоящего Полиса, в действующих «Правилах страхования ипотечных рисков», утвержденных Приказом от 15.05.2009 № 102-од с изменениями, внесенными Приказом от 28.09.2018 № 354-од ООО СК «ВТБ Страхование», именуемые в дальнейшем «Правила»:

**СТРАХОВАТЕЛЬ:**

**Тестов Тест Тестович**

Дата рождения: 01.01.1990 г.

Адрес регистрации: г Москва, ул. Тёплый Стан, д. 9, корп. 3, кв. 4 телефон/e-mail: +79521999699, dmitriy.semenchev@sravni.ru

Паспортные данные: Паспорт гражданина РФ, 4508 123852, выдан ТЕСТ, 01.01.2010 г.

**СТРАХОВЩИК:**

**ООО СК «ВТБ Страхование»**

Чистопрудный бульвар, д.8, стр.1, Москва, 101000

тел.: (495) 644-4440

ИНН 7702263726, КПП 997950001

р/с № 40701810400060000009 в Банк ВТБ (ПАО) г. Москва (доп. оф. 6)

к/с 30101810700000000187; БИК 044525187

**КРЕДИТНЫЙ ДОГОВОР**

№ **740/9155-1803378** от **01.01.2019** г., заключенный в г. Москва между Тестов Тест Тестович (Заемщиком) и ПАО Сбербанк (Банком).

**ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:**

**Тестов Тест Тестович**

Дата рождения: 01.01.1990 г.

Паспортные данные: Паспорт гражданина РФ, 4508 123852, выдан ТЕСТ, 01.01.2010 г.

**СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ:**

1. По личному страхованию страховыми случаями являются:

1. Смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока действия договора страхования в результате несчастного случая или болезни (заболевания) в соответствии с пунктом 4.3.3.2. Правил.

2. Установление Застрахованному лицу I или II группы инвалидности в результате несчастного случая и/или болезни (заболевания) в течение срока страхования действия настоящего договора страхования.

Смерть или постоянная утрата трудоспособности (установление I или II группы инвалидности), произошедшие по истечении срока действия договора страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в период действия договора страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня наступления несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, либо в течение одного года со дня диагностированного (впервые) заболевания, появившегося в период действия договора страхования.

**ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ:**

1. По личному страхованию событие не признается страховым случаем и не покрывается страхованием, если оно наступило в результате:

1. Самоубийства или покушения на самоубийство, а также травм и заболеваний, полученных в результате покушения на самоубийство, в первые два года действия Договора страхования, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

2. Умышленного членовредительства Застрахованного лица, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

3. Умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, или иного лица, заинтересованного в получении страховой выплаты, направленных на наступление страхового случая.

4. Совершения Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем уголовного преступления, повлекшего за собой наступление страхового случая.

5. Нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или отравления Застрахованного лица в результате потребления им алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), если только приём Застрахованным лицом перечисленных веществ не был осуществлён помимо собственной воли. Данное исключение не распространяется на события, произошедшие не по вине застрахованного лица.

6. Управления Застрахованным лицом транспортным средством, аппаратом, прибором без права такого управления, а также передачи управления лицу, заведомо для Застрахованного лица не имевшему права

Страховщик



стр. 1

Подписано простой электронной подписью  
(Тестов Т. Т.)

Полис № V05077-0023446 от 16.09.2019 г.

управления или находившемуся в состоянии опьянения.

7. Заболевания СПИДом (ВИЧ-инфекция), за исключением случаев, когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных/внутримышечных инъекций или трансплантации органов, а также в случаях, когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица.

8. Действий ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

9. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

10. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, а также прохождения Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах и учениях.

#### СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:

Договор страхования вступает в силу и действует:

с 00 часов 00 минут «10» октября 2019 г., но не ранее даты уплаты страховой премии (первого взноса) или даты фактического предоставления Кредита по Кредитному договору (зачисления кредитных денежных средств на счет Страхователя) в зависимости от того, что произошло позднее и действует в течение 1 (одного) года.

#### СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВЫЕ ПРЕМИИ:

1. Страховые суммы и страховые премии устанавливаются в соответствии со следующим графиком:

	Вид страхования	Объект	Страховые суммы	Страховые премии
1	Личное страхование	Застрахованное лицо 1 Тестов Тест Тестович	3 000 000,00	13 080,00
<b>ИТОГО по Полису</b>				<b>13 080,00</b>

10.1. Страховая сумма может быть установлена в пределах, указанных в п. 3 раздела «ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛИСА» настоящего Полиса.

2. Страховая премия уплачивается единовременно в срок по «16» сентября 2019 г.

3. Страховые суммы и суммы страховой премии указаны в Полисе в **рублях РФ**.

4. Страховые премии по Полису, выраженные в иностранной валюте (эквиваленте иностранной валюты), уплачиваются Страхователем в рублях по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной иностранной валюты на день оплаты страховой премии.

5. В случае неуплаты Страхователем страховой премии в размере и сроки, установленные настоящим договором, договор страхования считается не вступившим в силу, при этом несвоевременно полученная или уплаченная не в полном объеме страховая премия подлежит возврату Страхователю.

#### ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ:

Выгодоприобретателем по настоящему договору страхования назначается Публичное акционерное общество «Сбербанк России» (ПАО Сбербанк) (Юридический адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д.19, ИНН/КПП: 7707083893/773601001, Кор. счет 30101810400000000225, БИК: 044525225) (далее - Банк).

При переходе прав требования по Кредитному договору (передаче прав по Закладной) к другому лицу смена и назначение нового Выгодоприобретателя происходит без заключения какого-либо дополнительного соглашения к Договору страхования. Подписывая Договор страхования, Страхователь (Застрахованные лица) выражает своё письменное согласие на смену и назначение нового Выгодоприобретателя по Договору страхования, которым будет являться любой держатель прав требования по Кредитному договору (любой владелец Закладной), являющийся таковым в момент наступления страхового случая. Страховщик считает уведоленным о смене Выгодоприобретателя, а Страхователь, соответственно, назначившим (Застрахованные лица, соответственно, согласились с таким назначением) нового Выгодоприобретателя и известившим Страховщика о смене Выгодоприобретателя с момента получения каждой из Сторон письменного извещения предыдущего Выгодоприобретателя или его уполномоченного представителя о переходе прав требования по Кредитному договору (передаче прав по Закладной), содержащего следующие сведения: ФИО Страхователя, номер и дата заключения Договора страхования, наименование Выгодоприобретателя, передающего права требования по кредитному договору (по закладной), наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты нового Выгодоприобретателя, дата передачи прав по закладной. Датой замены Выгодоприобретателя считается дата передачи прав требования по Кредитному договору (передачи прав по Закладной).

#### СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

1. Настоящий договор страхования заключается в обеспечение исполнения обязательств Страхователя (Застрахованного лица) по кредитному договору или иному обеспеченному ипотекой обязательству. В течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты фактического предоставления кредита по кредитному договору (зачисления денежных средств на счет Страхователя), Страхователь обязан предоставить Страховщику сведения о номере и дате кредитного договора. В случае непредоставления Страхователем предусмотренных настоящим абзацем сведений о кредитном договоре, Страховщик в случае заявления события, имеющего признаки страхового случая по договору страхования вправе приостановить исполнение своего обязательства по осуществлению страховой выплаты до предоставления необходимых данных.

2. Пункт 13.5.2. Правил применяется в следующей редакции:

Страховщик



стр. 2

Подписано простой электронной подписью  
(Тестов Т. Т.)

Полис № V05077-0023446 от 16.09.2019 г.

«По риску наступления инвалидности I или II группы Застрахованного лица – 100% (Сто процентов) страховой суммы по личному страхованию, установленной для данного Застрахованного лица на дату наступления страхового случая или страховой суммы, установленной на последний период действия договора, если формальное завершение процедуры установления инвалидности произошло после окончания срока действия договора страхования.

При этом подача Застрахованным лицом заявления о признании его инвалидом и о присвоении группы инвалидности с прилагаемыми к нему документами в бюро учреждения медико-социальной экспертизы должна быть осуществлена в период действия Договора страхования, а формальное завершение процедуры установления Застрахованному лицу инвалидности – должно произойти в течение срока действия Договора страхования или не позднее, чем через 1 (Один) календарный год после его окончания. Положение настоящего абзаца, касающиеся сроков подачи Застрахованным лицом заявления, не распространяется на случаи, когда срок подачи указанного заявления был пропущен Застрахованным лицом в силу причин, действие которых не зависит от воли Застрахованного лица.

В случае если по Договору застраховано два и более Застрахованных лиц, расчет страховой выплаты производится исходя из индивидуальной страховой суммы Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай»

3. Подписывая настоящий Договор, Страхователь выражает свое согласие о перечислении причитающейся по настоящему Договору Страхователю суммы страховой выплаты на счет Выгодоприобретателя в пределах суммы задолженности (основной долг, проценты, пени, штрафы) Страхователя перед Выгодоприобретателем по Кредитному договору, но не более страховой суммы.

4. Сумма страховой выплаты, оставшаяся после выплаты Выгодоприобретателю всех причитающихся ему в соответствии с условиями настоящего договора страхования сумм, по требованию Страхователя / Застрахованного лица или третьих лиц, имеющих право в соответствии с настоящим договором на получение страховой выплаты, выплачивается Страховщиком Застрахованному лицу, либо, в случае смерти Застрахованного лица, - наследникам Застрахованного лица.

5. Сумма задолженности Страхователя перед Банком определяется в соответствии с расчетом задолженности, предоставленным Банком.

6. Страховое возмещение по Полису, страховая сумма по которому выражена в иностранной валюте (эквиваленте иностранной валюты), выплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной иностранной валюты на дату составления страхового акта.

#### **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛИСА:**

1. Настоящий договор страхования выдан на основании информации, указанной Страхователем в Декларации в п. 2 настоящего раздела Полиса. Сведения, сообщенные Страхователем/Застрахованными лицами в данной Декларации, признаются по настоящему договору страхования существенными. Настоящий Полис оформлен через официальный сайт [srauni.ru](http://srauni.ru) и подписан простой электронной подписью Страхователя (**Тестов Тест Тестович**) в соответствии с п. 2 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ» № 4015-1 от 27.11.1992 г.

2. Подписывая настоящий Полис, Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает о себе следующую информацию Декларации:

##### **2.1. Личное страхование**

Настоящим сообщаю относительно состояния моего здоровья, работы и хобби следующее:

2.1.1. В мою профессию не включены нижеследующие обязанности: работа на высоте свыше 15 м; под водой; под землей; непосредственно с взрывчатыми веществами; с опасными химическими соединениями; с источниками повышенной опасности; профессиональный спорт, работа в «горячих» точках.

2.1.2. В качестве хобби или профессионально я не занимаюсь: авиацией; парашютным спортом; дельтапланеризмом; автоспортом; мотоспортом; альпинизмом.

2.1.3. Я не имею в настоящем и не имел в прошлом группу инвалидности (в том числе категория «ребенок-инвалид») или не направлен/не был направлен на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности и не намереваюсь это сделать в связи с текущим состоянием моего здоровья.

2.1.4. Я не переносил инсульт, инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии, операции на магистральных сосудах сердца (стентирование, шунтирование).

2.1.5. Я не имел в прошлом и не имею в настоящем заболевания, указанные ниже:

- Стенокардия, ишемическая болезнь сердца, порок сердца в настоящем, боли за грудиной, одышка; заболевания сосудов: атеросклероз сосудов, аневризма;

- Астма тяжелой степени, эмфизема, обструктивная болезнь легких, туберкулез в настоящем;

- Цирроз печени, гепатит (В, С), колит, язвенный колит;

- Почечная недостаточность, гломерулонефрит, поликистоз почек;

- Нервные расстройства, психические заболевания (эпилепсия, паралич, рассеянный склероз);

- Заболевания органов зрения с отклонением от нормы более 12 диоптрий;

- Болезнь Бехтерева, системная красная волчанка;

- Сахарный диабет;

- Анемия тяжелой степени, гемофилия, лейкемия, лимфома.

2.1.6. У меня не были диагностированы в прошлом:

- злокачественные новообразования;

- новообразования IN SITU;

Страховщик



стр. 3

Подписано простой электронной подписью  
(Тестов Т. Т.)

Полис № V05077-0023446 от 16.09.2019 г.

- новообразования неопределенного или неизвестного характера (т.е. новообразования, вызывающие сомнения в том, являются ли они злокачественными или доброкачественными).

2.1.7. У меня не был диагностирован СПИД (ВИЧ инфекция).

2.1.8. Я не принимаю и не принимаю разного рода транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях.

2.1.9. Я не явлюсь ограниченно трудоспособным в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой или болезнью.

2.1.10. Я не состою на учете в диспансере ни в одном из следующих диспансеров: наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, онкологическом.

Мне известно, что в случае, если я не могу подтвердить в отношении своего здоровья один или несколько указанных выше утверждений, я не подлежу страхованию по настоящему договору и имею право подать заявление на страхование Страховщику с указанием более полной информации о состоянии здоровья работы, хобби.

3. Страховая сумма по Полису, не может превышать размер Остатка ссудной задолженности по Кредитному договору на дату начала страхового периода (далее – ОСЗ). В случае если страховая сумма, установленная в договоре страхования, окажется выше размера ОСЗ договор является ничтожным в той части страховой суммы, которая превышает ОСЗ. Уплаченная излишне часть страховой премии в этом случае подлежит возврату. При наступлении страхового случая страховое возмещение выплачивается Страховщиком с учетом положений п. 1.1. раздела «СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВЫЕ ПРЕМИИ» настоящего Полиса. Если же завышение страховой суммы в договоре страхования явилось следствием обмана со стороны Страхователя, Страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным.

4. Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала, и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев, указанных в п. 4.1.

4.1. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в течение Периода охлаждения (14 (Четырнадцать) календарных дней с даты его заключения), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме. В случае если после возврата страховой премии будет установлено, что до подачи заявления об отказе от договора страхования Страховщику было заявлено о событии, имеющем признаки страхового случая по Договору, то при признании события страховым Страховщик вправе осуществить выплату по нему в установленном договором страхования размере за вычетом суммы страховой премии, возвращенной Страхователю на условиях Периода охлаждения.

Для отказа от договора страхования с условием возврата страховой премии Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику заявление об отказе от договора страхования, собственноручно подписанное Страхователем, договор страхования, документ, подтверждающий оплату страховой премии, копию документа, удостоверяющего личность Страхователя.

Заявление об отказе от договора страхования может быть предоставлено Страхователем путем его вручения Страховщику при обращении Страхователя в офис Страховщика.

Договор страхования прекращает свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, поданного непосредственно в офис Страховщика.

Возврат Страховщиком страховой премии при отказе Страхователя от договора страхования в Период охлаждения осуществляется не позднее 10 рабочих дней с даты получения соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования с указанным пакетом документов.

При отказе Страхователя – физического лица – от договора страхования по истечении Периода охлаждения, досрочное прекращение договора страхования осуществляется в соответствии с требованиями ст. 958 ГК РФ.

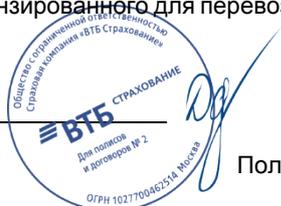
5. Все изменения и дополнения к настоящему договору страхования составляются в письменной форме и подписываются Страхователем/Застрахованным лицом, Страховщиком.

6. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением договора страхования направляются по адресам, которые указаны в настоящем полисе. В случае изменения адресов и/или реквизитов Страхователя, Страховщика или Выгодоприобретателя Стороны обязуются заблаговременно известить друг друга об этом. Если Сторона не была известена об изменении адреса и/или реквизитов заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

7. Страхователь обязуется сообщать Страховщику в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней, начиная со дня, когда Страхователю стало известно о нижеуказанных изменениях, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения:

- об изменении Застрахованным лицом рода деятельности;
- об отъезде Застрахованного лица за пределы Российской Федерации на срок более 30 (Тридцати) календарных дней;
- занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки;
- о занятиях Застрахованным лицом видами спорта, сопряженными с повышенной опасностью на любительской, в том числе разовой основе, такими как авто-, мото-, велоспорт, воздушные виды спорта, включая парашютный спорт, альпинизм, горные лыжи, боевые единоборства, подводное плавание;
- об участии Застрахованного в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий

Страховщик



стр. 4

Подписано простой электронной подписью  
(Тестов Т. Т.)

Полис № V05077-0023446 от 16.09.2019 г.

сертификат, а также непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего.

- о существенных изменениях в состоянии здоровья Застрахованного лица - существенными, во всяком случае, признаются обстоятельства, оговоренные в заявлении на страхование, которое является приложением к договору страхования.

8. При уведомлении Застрахованным лицом об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, при этом Страховщик не может потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в случае существенных изменениях в состоянии здоровья Застрахованного лица наступивших в течение действия настоящего договора страхования.

<p>Подписывая настоящий Полис, Страхователь (Застрахованное лицо):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> На основании положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разрешает любым медицинским и иным учреждениям, в том числе страховым медицинским компаниям, работающим в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования, федеральному и территориальным фондам обязательного медицинского страхования, организациям медико-социальной экспертизы предоставлять информацию о состоянии своего здоровья или здоровья Застрахованного лица, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении (в том числе составляющих врачебную тайну), а также предоставления соответствующих любых копий документов, по запросу ООО СК «ВТБ Страхование». Согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение шести лет после его прекращения или шести лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее) и может быть отозвано в любой момент посредством направления письменного уведомления Страховщику. Разрешает ООО СК «ВТБ Страхование» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, в обеспечение исполнения обязательств Страховщика для определения выплата.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Дает своё согласие ООО СК «ВТБ Страхование» на передачу (предоставление, доступ) в Банк и Общество с ограниченной ответственностью «Центр недвижимости от Сбербанка» (ООО «ЦНС», адрес: Российская Федерация, 121170, г.Москва, Кутузовский проспект, дом 32, корпус 1) всех своих персональных данных (в том числе: фамилия, имя, отчество (текущие и предыдущие), дата рождения, паспортные данные, адрес объекта залогового имущества, абонентский номер, адрес электронной почты), указанных в договоре страхования для обработки указанных персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (для ПАО Сбербанк: путем сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, для ООО «ЦНС»: путем записи, систематизации, накопления, хранения, предоставления доступа ПАО Сбербанк ко всем персональным данным) в целях контроля ПАО Сбербанк за исполнением Страхователем обязательств по ипотечному кредитованию.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Дает согласие Страховщику на получение информации о себе в одном или нескольких кредитных бюро в целях проверки Страховщиком сведений, указанных в настоящем заявлении и обработку своих персональных данных (далее – ПД), указанных в настоящем заявлении, а также полученных Страховщиком в течение срока действия договора страхования (совершение любых действий с использованием средств автоматизации или без) в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (включая номер телефона, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, данные основного документа, удостоверяющего личность; данные о состоянии здоровья; сведения, содержащиеся в заявлении на страхование и/или договоре страхования (включая прилагаемые к ним документы), а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых в связи с наступлением страховых случаев, в целях осуществления страховой деятельности (включая исполнение обязательств и сопровождение договора страхования), формирования всех видов отчетности, для поддержания функционирования информационных систем обеспечения, мониторинга и обеспечения организационной и финансово-экономической деятельности Страховщика, предоставления информации о других продуктах и/или услугах Страховщика и для иных целей установленных действующим законодательством, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, и в иных случаях, незапрещённых законодательством РФ. Настоящее согласие в том числе распространяется на передачу ПД третьим лицам в объеме, необходимом для осуществления вышеуказанных целей, на основании заключенных с ними договоров. Право выбора указанных компаний/лиц предоставляется Страхователем (Застрахованным) Страховщику и дополнительного согласования со Страхователем (Застрахованным) не требуется. Данное согласие действует бессрочно, с даты подписания настоящего заявления на страхование, и может быть отозвано в любой момент путем представления Страховщику заявления в письменной форме.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Дает согласие оператору связи, с которым у него заключен договор об оказании услуг связи в отношении мобильного номера, указанного в поле телефон настоящего заявления на страхование и в договоре страхования, на обработку своих ПД и предоставление результатов третьим лицам, в частности Страховщику, а также предоставление Страховщику сведений об абоненте (Клиенте) и оказываемых Страхователю (Застрахованному) услугах связи по договору об оказании услуг связи, заключенному с таким оператором связи. Данное согласие действует бессрочно и может быть отозвано в любой момент Клиентом при обращении к Страховщику либо к оператору связи.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Подтверждает свое согласие с тем, что в соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем (Застрахованным) и ООО СК «ВТБ Страхование», порядок отзыва настоящего согласия предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ об отзыве настоящего согласия на обработку ПД, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 3 (трех) месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 5 (пяти) лет с даты окончания срока действия соответствующего договора страхования. При этом в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку ПД, Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных ПД не ранее истечения 5 (пяти) лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Подтверждает, что он не является Иностранцем публичным должностным лицом, а также не занимает должности, указанные в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»*, а также, что при наличии изменений информации, отраженной в настоящем Полисе, обязуется сообщить об этом в ООО СК «ВТБ Страхование» в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня начала действия соответствующих изменений</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Подтверждает, что не осуществляет какой-либо торговой, коммерческой или иной деятельности, прямо или косвенно направленной на уклонение или избежание, или которая прямо или косвенно нарушает или может нарушить любые российские или международные экономические или финансовые ограничения, запреты, торговые эмбарго (далее - санкции), в том числе принятые, администрируемые или введенные в действие Управлением по контролю за иностранными активами Министерства финансов США или любыми другими государственными органами США, ЕС (далее – запрещенная деятельность). Установленные настоящим пунктом условия признаются Сторонами существенными условиями договора страхования.</p> <p><small>* Должность в международной публичной организации, государственная должность РФ, должность члена Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение/освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом РФ.</small></p>
---

#### ПОДПИСИ СТОРОН:

Факсимильное воспроизведение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика с помощью средств механического или иного копирования признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документ типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом такого документа. Документы, содержащие факсимильное воспроизведение подписи уполномоченных лиц Страховщика с помощью средств механического или иного копирования и изображение оттиска печати Страховщика, имеют силу, аналогичную

Страховщик



Общество с ограниченной ответственностью  
«ВТБ СТРАХОВАНИЕ»  
Для полисов  
и договоров № 2  
ОГРН 1027700405218 Москва

стр. 5

Подписано простой электронной подписью  
(Тестов Т. Т.)

Полис № V05077-0023446 от 16.09.2019 г.

документам, собственноручно подписанным уполномоченными лицами Страховщика и проставленным оттиском печати Страховщика.

**Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что Памятку и Правила получил, ознакомлен с ними и обязуется их выполнять. Информацию в Декларации полностью подтверждаю.**

**СТРАХОВЩИК**

ООО СК «ВТБ Страхование»

Адрес юридический:  
101000, г. Москва, Чистопрудный бульвар, д.8, стр. 1.  
Тел: 8 800 100-44-40

Адрес почтовый:  
101000, Москва, Чистопрудный бульвар, д.8, стр.1

ИНН/КПП: 7702263726/774401001  
р/с № 40701810400060000009 в Банк ВТБ (ПАО) г. Москва (доп. оф. № 6)  
к/с 30101810700000000187 БИК 044525187

В лице Дермана С.А. действующего на основании Доверенности от 21.12.2017 № 002/17.

**СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО**

Тестов Тест Тестович

Дата рождения: 01.01.1990 г.р.  
Адрес регистрации: г Москва, ул. Тёплый Стан, д. 9, корп. 3, кв. 4

Паспорт: 4508 123852, выдан ТЕСТ, 01.01.2010 г.

Тел.: +79521999699

Подписано простой электронной подписью (Тестов Т. Т.)

Исполнитель: Оформлено на [sra.vni.ru](http://sra.vni.ru)



Страховщик



стр. 6

Подписано простой электронной подписью (Тестов Т. Т.)

Полис № V05077-0023446 от 16.09.2019 г.