

Номер Полиса

в соответствии с Приложением № 2 к Полису

Настоящий Полис выдан на основании устного заявления Страхователя и подтверждает заключение договора страхования на условиях и в соответствии с Особыми условиями страхования (далее – Особые условия), являющимся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование».

Адрес: Чистопрудный б-р, д. 8, стр. 1, г. Москва, Россия, 101000; банковские реквизиты: ИНН 7702263726; р/с № 40701810400060000009 в Банк ВТБ (ПАО), г. Москва; к/с 30101810700000000187; БИК 044525187; Лицензия на осуществление страхования СЛ № 3398

Страхователь: В соответствии с Приложением № 2 к Полису

Застрахованный: Страхователь

Территория страхования: Российская Федерация

Страховой случай:

Страховой случай	Страховая сумма, рублей	Страховая премия, рублей
Телесное повреждение Застрахованного, предусмотренное Таблицей страховых выплат при телесных повреждениях (травмах) Застрахованного, в результате несчастного случая, произошедшее в результате несчастного случая (далее – Травма)	100 000	45
Смерть Застрахованного в результате несчастного случая (далее – Смерть)		
Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая (далее – Госпитализация). Страховая выплата производится в размере 0,5% в день от страховой суммы за каждый день стационарного лечения, начиная с 4 (Четвертого) дня, но не более, чем за 30 (Тридцать) дней госпитализации		

Порядок уплаты страховой премии: Единовременно

Дата уплаты страховой премии: В соответствии с Приложением № 2 к Полису

Срок действия Полиса: Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой уплаты страховой премии, и действует в течение 1 (Одного) месяца.

Дополнительные условия: Иные условия страхования, порядок действий Страхователя при наступлении страхового случая, Таблица страховых выплат при телесных повреждениях (травмах) – в соответствии с Приложением № 1 к Полису.

Приложения (неотъемлемая часть настоящего Полиса):

Приложение № 1 к Полису – Особые условия;

Приложение № 2 к Полису – Чек уплаты страховой премии.

Подпись Страховщика:

Механическое воспроизведение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика 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 механическое воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика и изображение оттиска печати Страховщика, имеют силу, аналогичную документам, собственноручно подписанным уполномоченными лицами Страховщика и проставленным оттиском печати Страховщика.

Согласие Страхователя на страхование:

Я даю согласие ООО СК «ВТБ Страхование», адрес местонахождения: Чистопрудный бульвар, д.8, стр.1, г. Москва, Россия, 101000 (далее – Страховщик):

- на получение информации о себе в одном или нескольких кредитных бюро в целях проверки Страховщиком предоставленной при заключении договора существенной информации;
- в соответствии со статьями 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» на передачу персональных данных, сведений о себе (в том числе информации о состоянии здоровья и диагнозах, составляющих врачебную тайну) Страховщику и его партнерам, в том числе с целью оказания информационно-консультационных услуг по планированию и организации лечения в медицинских учреждениях;
- на предоставление любым лечебным учреждением или врачом Страховщику имеющейся информацию о состоянии его здоровья и диагнозах.

Подтверждаю, что на дату заключения договора страхования:

- возраст Застрахованного от 18 до 70 лет;
- у Застрахованного нет и когда-либо не были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;
- в отношении Застрахованного не имеется действующих договоров страхования от несчастных случаев, заключенных со Страховщиком;
- Застрахованный не является инвалидом;
- Застрахованный не состоит на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;
- Застрахованный не находится в местах лишения свободы;
- с Полисом и Особыми условиями страхования согласен, по одному экземпляру Полиса и Особых условий на руки получил и обязуюсь выполнять.

Согласен на использование Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи на договоре страхования.



Страхователь: _____ /

Подпись

Ф. И. О.