

	<b>Страховщик:</b> Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» ИНН 7727257386, КПП 775001001 117105, г. Москва, Варшавское шоссе, д. 25А, стр. 6, тел. +7 (495) 232 0100, факс +7 (495) 956 6822	
	Банковские реквизиты: р/с № 40701810038180000165 в УДО №0173 Московского банка ОАО «Сбербанк России» к/с 30101810400000000225, БИК 044525225. Лицензия ФСФР С №3828	
<b>ПОЛИС-ОФЕРТА накопительного страхования жизни (код продукта SBP)</b> <b>(действует только для одного варианта программы «Гарантия накоплений (для взрослого)» со сроком страхования 5 лет, ежеквартальным взносом 6 000 руб.)</b>		
№ XXXXXX		
Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю настоящего Полиса, подписанного Страховщиком, являющегося Полисом-офертой (далее по тексту – Полис) и всех приложений к нему. Страхователь акцептует оферту путем уплаты первого страхового взноса. На основании ст. 435, 438 ГК РФ согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях, выполнять Правила страхования, на основании которых он заключен, подтверждается принятием от Страховщика Полиса и всех приложений к нему, а акцептом считается уплата первого страхового взноса. По договору страхования Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату, а Страхователь обязуется оплачивать ежеквартальные страховые взносы. Положения договора страхования изложены в тексте Полиса и в Дополнительных комбинированных правилах страхования по программе «Гарантия накоплений (для взрослого)», утвержденных приказом от 14.10.2013 №264 (далее по тексту – Правила страхования) (Приложение № 1 к Полису), являющихся его неотъемлемой частью.		
<b>Страхователь (Застрахованный):</b>	Физическое лицо, с которым заключен настоящий договор, чьи фамилия, имя, отчество, адрес регистрации (город, улица, дом, квартира), паспортные данные (номер, дата и место выдачи), дата рождения, указаны в Платежном поручении на оплату первого страхового взноса	
<b>Объект страхования:</b>	Имущественные интересы, связанные с дожитием до определенного возраста, со смертью, причинением вреда жизни, здоровью Застрахованного.	
<b>Страховые риски:</b>	Программа «Гарантия накоплений (для взрослого)» 1. Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования, 2. Смерть Застрахованного по любой причине, 3. Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая или заболевания (с освобождением от уплаты страховых взносов по отдельным страховым рискам), 4. Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая.	
<b>Выгодоприобретатель:</b>	Программа «Гарантия накоплений (для взрослого)» По рискам «Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования», «Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая» Выгодоприобретателем является Застрахованный. По риску «Смерть Застрахованного по любой причине» - законные наследники Застрахованного.	
<b>Страховые суммы</b>	Программа «Гарантия накоплений (для взрослого)» Страховая сумма по рискам «Дожитие застрахованного до окончания срока страхования» и «Инвалидность I, II группы в результате несчастного случая» зависит от выбранного срока страхования и размера ежеквартального взноса. Таблица размеров страховых сумм по этим рискам, ежеквартальных страховых взносов и сроков страхования приведена ниже. Страховая сумма по риску «Смерть по любой причине» составляет сумму уплаченных по договору страховых взносов на дату наступления страхового случая.	
	Программа «Гарантия накоплений (для взрослого)»	
	Размер ежеквартального страхового взноса, руб.	Страховая сумма при сроке страхования 5 лет, руб.
	6 000 руб.	120 000
Страховая сумма и страховая выплата по риску «Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая» по всем договорам страхования по программам «Гарантия накоплений (для взрослого)» и «Гарантия накоплений (для ребенка)» не может превышать/ограничена 1 100 000 (одним миллионом ста тысячами) рублей для одного Страхователя/Застрахованного.		

<p><b>Период и порядок оплаты страховых взносов:</b></p>	<p>Днем заключения договора страхования является день оплаты первого страхового взноса. Датой оплаты считается дата Платежного поручения на оплату первого страхового взноса. В Платежном поручении на оплату первого страхового взноса должны быть указаны данные:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. полностью Ф.И.О. Страхователя,</li> <li>2. дата рождения Страхователя (в формате ДДММГГГГ),</li> <li>3. адрес регистрации Страхователя (город, улица, дом, квартира),</li> <li>4. паспортные данные Страхователя (номер, дата и место выдачи),</li> <li>5. мобильный или другой контактный номер телефона Страхователя,</li> <li>6. размер ежеквартального страхового взноса в рублях,</li> <li>7. номер Полиса (как указано в Полисе).</li> </ol> <p>Очередные страховые взносы оплачиваются Страхователем в размере, выбранном при заключении договора страхования ежеквартально (4 раза в год) в день, соответствующий дню оплаты первого страхового взноса, месяц, соответствующий месяцу оплаты первого страхового взноса плюс три месяца для второго взноса (если в данном месяце отсутствует день, отвечающий дню оплаты первого взноса, то крайняя дата оплаты очередного взноса – последний день данного месяца), а для третьего и последующих платежей – месяцу оплаты предыдущего страхового взноса плюс три месяца (если в данном месяце отсутствует день, отвечающий дню оплаты первого взноса, то крайняя дата оплаты очередного взноса – последний день данного месяца). В Платежном поручении на оплату очередных страховых взносов в пункте «Назначение платежа» должно быть указано: «Страховой взнос по полису (указать номер Полиса), страхователь (Ф.И.О полностью)».</p> <p>В случае досрочного расторжения договора страхования по инициативе Страхователя, уплаченные Страховщику страховые взносы возврату не подлежат. Страховщик выплачивает выкупную сумму при ее наличии. Размеры выкупных сумм указаны в п. 13.5 Правил страхования (Приложение № 1 к Полису).</p> <p>В случае если первый страховой взнос не был уплачен в размере и сроки, установленные договором страхования, и/или в Платежном поручении на оплату первого страхового взноса отсутствуют данные, указанные в настоящем пункте, Страховщик вправе считать договор страхования не вступившим в силу, произвести возврат поступивших взносов Страхователю.</p>
<p><b>Срок действия:</b></p>	<p>Датой начала страхования считается/договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты первого страхового взноса, при условии, что взнос поступил на расчетный счет Страховщика не позднее трех рабочих дней с даты выдачи Полиса/оплаты первого страхового взноса. Датой окончания страхования считается день, предшествующий дню (день и месяц), отвечающему дате начала страхования, а год - году заключения договора страхования плюс 5 лет.</p>
<p><b>Порядок осуществления страховой выплаты:</b></p>	<p>Страховая выплата осуществляется при наступлении страхового случая по страховым рискам, предусмотренным выбранной программой страхования (указанной в Полисе), в соответствии с главой X Правил страхования.</p> <p>При наступлении страхового случая Страховщику должно быть предоставлено заявление о страховой выплате, документ, удостоверяющий личность заявителя, оригинал договора страхования, а также Дополнительная анкета, содержащая персональные данные заявителя и согласие на их обработку Страховщиком по форме, предоставленной Страховщиком, и дополнительные документы, указанные в главе XI Правил страхования, в зависимости от вида страхового случая</p>
<p><b>Иные условия и оговорки:</b></p>	<p>Страховая защита действует 24 часа в сутки по всему миру.</p> <p>По одному договору страхования можно выбрать только одну программу страхования.</p> <p>Никакие отметки и подписи, сделанные на договоре страхования (Полисе и Правилах страхования) от руки не имеют юридической силы.</p> <p>Во всем, что не урегулировано Полисом, действуют положения Правил страхования (Приложение № 1 к Полису). В случае несоответствия положений Полиса Правилам страхования, применяются положения Полиса.</p> <p>Договор страхования считается заключенным только при наличии подлинной или факсимильной подписи и оригинальной печати или факсимильного воспроизведения оттиска печати Страховщика, в случае несоблюдения данного условия договор страхования считается незаключенным.</p>
<p><b>Приложения, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования:</b></p>	<p>Правила страхования (Приложение № 1 к Полису)</p>

**Декларация Страхователя (Застрахованного)** (сведения, указанные в этом разделе, являются существенными для заключения договора страхования. Сообщение ложных сведений может повлечь отказ в страховой выплате и признание договора страхования недействительным).

Настоящим подтверждаю, что:

- я не моложе 18 лет и не старше 55 лет, мой возраст по окончании срока страхования не превышает 60 лет;
- подтверждаю, что не имею заболеваний (состояний), вызвавших установление инвалидности, и не имею оснований для присвоения группы инвалидности;
- не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере;
- не страдаю онкологическими заболеваниями;
- не страдаю заболеваниями, вызванными воздействием радиации;
- не страдаю СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека;
- не проходил лечения и не страдаю в настоящее время и в течение последних 5 лет заболеваниями сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, порок сердца, нарушение ритма, инсульт), сахарного диабета, паралича, каких-либо заболеваний легких (за исключением острых респираторных заболеваний), головного мозга, печени, желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы, заболеваниями костно-мышечной системы; заболеваниями крови (за исключением железодефицитной анемии легкой степени);
- не страдаю психическими расстройствами и/или заболеваниями, включая эпилепсию.
- в настоящее время не прохожу службу в вооруженных силах; не занят(-а) в профессиональной или непрофессиональной авиации, в работах со взрывчатыми и радиоактивными веществами, подземных работах, не являюсь водолазом, пожарным, скалолазом, работником ядерной промышленности, нефтяником, телохранителем, инкассатором, спасателем, сотрудником ОМОН / СОБР / ОДОН или иного специализированного подразделения МВД, и профессиональным спортсменом.
- не занимаюсь опасными видами спорта, такими как: бокс, боевые искусства, альпинизм, воздушные виды спорта (включая, но не ограничиваясь: парашютный спорт, скайсерфинг, параглайдинг, дельтапланеризм), дайвинг, автмотоспорт; я не состою в профессиональных спортивных клубах; не участвую в соревнованиях и попытках установления рекорда и не намереваюсь путешествовать / совершать командировки

или служебные поездки в горячие точки планеты;

д) у меня нет действующего договора/полиса страхования ООО Страховая компания «Альянс Жизнь» (далее Компания), я не обращался/лась с заявлением о заключении договора страхования в Компанию, я не подписывал договор страхования Компании, кроме договора(ов) страхования по страховой программе «Гарантия накоплений (для взрослого)» или «Гарантия накоплений (для ребенка)», при условии, что страховая сумма по риску «Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования» не превышает 1 100 000 (один миллион сто тысяч) рублей суммарно по всем договорам страхования, включая настоящий Договор;

е) я являюсь гражданином Российской Федерации.

Я подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящей декларации.

Информация, указанная в Полисе и приложениях к нему, признается сторонами существенной для определения вероятности наступления страхового случая. Если она не будет правдивой или будет скрыта, ООО СК «Альянс Жизнь», юридический адрес: Варшавское шоссе, д. 25а, стр. 6, г. Москва, 117105, тел. +7 (495) 232-01-00, info@allianzlife.ru (далее Страховщик), не производит страховые выплаты.

Я даю свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами, медицинскими учреждениями, бюро медико-социальной экспертизы и Фондом ОМС, иными учреждениями (организациями), а также любому врачу любого медицинского учреждения, а также иным лицам, имеющим сведения о моем физическом и психическом состоянии здоровья, о результатах объективных исследований и исследований моих биологических материалов, об истории болезни (болезней), диагнозах, лечении и прогнозе, об обстоятельствах и причинах (в том числе возможных причинах) наступления страхового случая, наличии иных договоров личного страхования и разрешаю Страховщику использовать эту информацию.

Я подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом\* (его супругом, родственником (родителем, ребенком, бабушкой, дедушкой, внуком, полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным), должностным лицом публичных международных организаций\*\*, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности в РФ, должности члена Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией, и прочие должности, определяемые Президентом РФ.

Страхователь/Застрахованный обязуется ежегодно повторно направлять Страховщику обновленные персональные данные по форме, предложенной Страховщиком.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю Страховщику согласие на обработку моих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, социального и имущественного положения, образования, профессии, доходах, состоянии здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных Страховщика, для осуществления информационного сопровождения исполнения Полиса и информационных рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по страхованию. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика в ООО СК «Альянс», Allianz SE, Swiss RE, Gen Re, ООО, Allianz Business Services, spol. s r.o. (ABS), SAP, иных провайдерах в целях перестрахования рисков или оказания услуг, предусмотренных Полисом, или хранения базы данных Страховщика в соответствии с требованиями законодательства РФ, использование персональных данных в целях включения в клиентскую базу данных группы компаний Allianz SE, участия в маркетинговых и рекламных акциях. Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения Полиса, включая период хранения данных по договорам страхования (хранение на период 25 лет с момента окончания срока действия договора страхования, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ). Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления Застрахованным письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу Страховщика.

\* «Иностранное публичное должностное лицо» означает любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.

\*\* «Должностное лицо публичной международной организации» означает международного гражданского служащего или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени.

**От имени Страховщика:**

Президент  
О.А.Доан

**ФАКСИМИЛЬНАЯ ПЕЧАТЬ И ПОДПИСЬ**

**Заместитель Генерального директора**

**Д.Восика**