

Страховой сертификат

№ _____ от «__» _____ 202_ г.
к договору добровольного страхования от
несчастных случаев № _____ от _____

Страховщик: Страховое акционерное общество «ВСК», 121552, МОСКВА Г, ул. Островная, 4. РЕКВИЗИТЫ: ИНН 7710026574, ОГРН 1027700186062.

Телефон: +7 (495) 727 4444, info@vsk.ru

Лицензия Банка России СИ № 0621 от 11.09.2015

Страхователь:

Наименование: ООО «Персонал Актив Плюс»	
Юридический адрес: 344091, Ростовская обл., г. Ростов-на Дону, ул. Малиновского, д. 3, оф. 223	Фактический адрес: 344091, Ростовская обл., г. Ростов-на Дону, ул. Малиновского, д. 3, оф. 223
ИНН: 6168073257	

Застрахованный (в возрасте от 18 до 70 лет):

ФИО:		Дата рождения:			
Адрес:		Телефон:		Пол:	
Паспорт:		Кем и когда выдан:			

Выгодоприобретатель: Застрахованный, а в случае его смерти - наследники Застрахованного

Страховые риски, размер страховых выплат

Страховые риски

1. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период страхования

Размер страховых выплат

100% страховой суммы.

2. Установление Застрахованному инвалидности I или II группы в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период страхования

100% страховой суммы

3. Вред, причиненный здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период страхования, и приведший к временной нетрудоспособности работающего Застрахованного или к лечению в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного начиная с 31-го дня нетрудоспособности

в размере 0,1 % от установленной на Застрахованного страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 31-го дня нетрудоспособности, но не более 10 % от страховой суммы

Страховая сумма: _____ руб.

Страхование осуществляется на условиях Договора № _____ коллективного страхования от несчастных случаев от _____ г. (далее – Договор) и Правил № 167/1 комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и потери дохода» САО «ВСК» в редакции от 17.07.2020г. (далее – Правила страхования) При наличии противоречий в условиях Правил страхования и Договора применяются условия Договора. Подписывая настоящий Сертификат Застрахованное лицо подтверждает, что с условиями Правил ознакомлено, согласно, Правила страхования вручены путем их размещения на сайте Страховщика: <https://www.vsk.ru/>.

Общая сумма выплат по страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования, не может превышать размера страховой суммы. Страхование осуществляется на добровольной основе, не является условием выдачи займа и не влияет на условия займа. Заявление об отказе от страхования направляется Страхователю. При отказе от страхования в течение 14 календарных дней со дня подписания настоящего Сертификата и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь возвращает плату за страхование за удержанием части денежных средств, исчисляемых пропорционально сроку страхования, а если к страхованию не начало действовать к моменту отказа, плата за страхование возвращается в полном объеме. Возврат осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения заявления Застрахованного об отказе от страхования.

Период страхования, территория покрытия:

Период страхования: с 00 часов 00 минут «__» _____ 202_ г. по 23 часов 59 минут «__» _____ 202_ г.

Территория страховая: Весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

Размер оплаты услуги:

- плата за присоединение к договору страхования и организацию страхования - взимается одновременно в размере _____ руб., что составляет _____ % от страховой суммы. Страховая премия составляет часть суммы платы за страхование и равна 5 руб., что составляет 0,0017% от страховой суммы.

Заявление Застрахованного:

- Я не являюсь инвалидом и не имею направления на медико-социальную экспертизу, не нуждаюсь в длительной посторонней помощи, не нахожусь под следствием и в местах лишения свободы, не употребляю наркотики, токсические вещества, не страдаю алкоголизмом и/или наркоманией, а также не состою на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансерах, не страдаю слабоумием, эпилепсией, другими стойкими нервными, психиатрическими или психологическими расстройствами, не переносил черепно-мозговых травм; не страдаю заболеваниями позвоночника, суставов, не имею грыжу межпозвоночных дисков; не являюсь ограниченно трудоспособными в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью.
- Я уполномочиваю любое медицинское учреждение передавать в САО «ВСК» всю информацию, касающуюся моего здоровья, отказываюсь от каких-либо претензий по поводу этой передачи.
- Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь или обладающим информацией о состоянии моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.
- Я, _____, даю согласие САО «ВСК» на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в Сертификате, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ

«О персональных данных». Указанные данные предоставляются в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также разработки новых продуктов и услуг. Согласие предоставляется с момента подписания настоящего полиса и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в САО «ВСК»

-

Страховщик: САО «ВСК»

_____/Тарновский А.Я./
М.П.