

Страхователь Демченко Лариса Эдуардовна 24.04.1966 г.  
 Адрес местожительства, телефон (ф.и.о. полностью) г. Красноярск, ул. 9 мая 10-64 (дата рождения)

№ пп	Застрахованное лицо	Страховая сумма, руб.
1	<b>Группа в количестве 382 человек, согласно прилагаемого списка (приложение №1)</b>	<b>90 000 НА КАЖДОГО</b>
2	Дата рождения: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] г. Гражданство: [ ] Род деятельности: [ ] Вид спорта: [ ]	
3	Дата рождения: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] г. Гражданство: [ ] Род деятельности: [ ] Вид спорта: [ ]	
4	Дата рождения: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] г. Гражданство: [ ] Род деятельности: [ ] Вид спорта: [ ]	

Выгодоприобретатель (в случае смерти застрахованного лица) \_\_\_\_\_ **ИТОГО** страховая сумма, руб. **34 380 000,00**

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его жизнью, здоровьем и трудоспособностью.

**Страховые случаи, согласно программе страхования**

<b>КЛАССИКА, вариант 1</b> <input type="checkbox"/> Счастливчик <input type="checkbox"/> Счастливчик ДЕТСКИЙ <input type="checkbox"/> Близкие люди <input type="checkbox"/> Счастливчик СПОРТ <input type="checkbox"/> Счастливчик ТУР	<b>КЛАССИКА, вариант 2</b> <input type="checkbox"/> Счастливчик <input type="checkbox"/> Счастливчик ДЕТСКИЙ <input type="checkbox"/> Близкие люди <input type="checkbox"/> Счастливчик СПОРТ	С условием страховой выплаты по временной нетрудоспособности: <input checked="" type="checkbox"/> по окончательному диагнозу <input type="checkbox"/> по перечисленному диагнозу	<b>ЗАЕМЩИК</b> с вариантом определения страховой суммы на момент наступления страхового случая <input type="checkbox"/> с уменьшением <input type="checkbox"/> без уменьшения <input type="checkbox"/> ПЕРСОНА <input type="checkbox"/> КОРМИЛЕЦ
---	---	--	---

Иная программа страхования: Счастливчик СПОРТ 2

Срок страхования с 00 ч. 00 м. 01.06 2019 г. по 24 ч. 00 м. 01.06 2019 г.  
 Период действия страхового полиса:  круглосуточно  На период выполнения служебных (трудовых) обязанностей  На время участия в соревнованиях и/или тренировочных занятиях  Иное: \_\_\_\_\_

Страховая премия 19 100,00 руб. Оплата страховой премии  Единовременно  В рассрочку

Первый страховой взнос уплачен при заключении страхового полиса, в размере: 19 100,00 руб. Второй страховой взнос \_\_\_\_\_ руб. внести до [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] 20 [ ][ ][ ] г.

**Особые условия**

- Я подтверждаю, что застрахованные лица относятся к  I,  II,  III,  IV группе здоровья, согласно Правил добровольного медицинского страхования САО "Надежда".
- Мне известно, что сообщение неполной и/или недостоверной информации является основанием для признания договора недействительным.
- Настоящий полис приравнивается к заявлению Страхователя на заключение договора страхования.
- При расторжении договора страховая премия  подлежит возврату  не подлежит возврату

Страхователь (Застрахованные лица) предоставляют САО «Надежда» право на самостоятельный запрос информации, в том числе справок, истории болезни, амбулаторной карты, акта медицинского освидетельствования, акта судебно-медицинской экспертизы, справки БСМЭ в любом медицинском учреждении или у врача, имеющих какую-либо информацию о состоянии его здоровья.

Я, свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным работникам САО «Надежда» на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя и отчество (прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина изменения (в случае изменения); дата и место рождения; сведения о гражданстве; адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания), адрес фактического проживания; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; адрес электронной почты; вид, серия, номер документа, работы, должность, профессия, род занятий; сумма страховой премии; страховые риски; сроки страхования; банковские реквизиты; Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в соответствии с законодательством РФ о персональных данных и строго исполняю условия договора страхования и требований, установленных законодательством РФ, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, а также осуществления страховой выплаты, администрирования договора, в действия договора страхования и урегулирования убытков по договору страхования, в произвольной форме. Мне известно, что САО «Надежда» в соответствии с законодательством РФ вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2, 9-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона «О персональных данных».

Страховой полис заключен и выдан 29.05 2019 г.  
 Представитель Страховщика Решетникова Е.Д. с Правилами страхования, программой и условиями страхования ознакомлен, условия мне разъяснены и понятны. Правила и программу получил Демченко Л.Э.