



Уважаемый страхователь!

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с информацией о заключенном Вами договоре страхования:

- 1 заключение договора страхования носит добровольный характер и не является необходимым условием для получения каких-либо иных услуг
- 2 выгодоприобретателем (получателем страховой выплаты при наступлении страхового случая) является застрахованное лицо
- 3 договор страхования действует 12 месяцев
- 4 обязательства по договору страхования несет страховая организация – ООО «СК «Райффайзен Лайф» (ОГРН 1097746021955)
- 5 в течение 14 календарных дней с даты заключения договора страхования (Период свободного ознакомления) возможно расторгнуть договор с возвратом уплаченной страховой премии в полном объеме
- 6 в случае отказа от договора страхования по истечении Периода свободного ознакомления возврат уплаченных Вами денежных средств не производится
- 6 договором страхования предусмотрен Период ожидания, длящийся 90 дней с даты вступления Договора страхования в силу, в течение которого любые Заболевания не признаются страховым случаем

Страховой сертификат (оферта)

№ от / / г.

Программа страхования на случай диагностирования заболеваний «ОНКОзащита»

Настоящая оферта, в случае ее акцепта Страхователем путем оплаты Страховой премии в размере, указанном в настоящей оферте, подтверждает заключение Договора страхования в соответствии с нижеизложенными условиями и Полисными условиями, утв. Приказом № 926/22 от 14.04.2022 (далее Полисные условия).

↓ Страхователь / Основное застрахованное лицо / Выгодоприобретатель:

Ф. И. О.	<input type="text"/>		
ДАТА РОЖДЕНИЯ	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> г.	ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РФ:	<input type="text"/> серия <input type="text"/> номер <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> г. дата выдачи
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	<input type="text"/>		
КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ	<input type="text"/> + <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> телефон мобильный	<input type="text"/> адрес электронной почты	

↓ Условия страхования

Страховые риски	Страховая сумма (в рублях РФ)	Страховая премия (в рублях РФ в год)
Диагностирование онкологического заболевания	3 000 000 (три миллиона)*	16 900 (шестнадцать тысяч девятьсот)

*Размер Страховой выплаты указан как доля в процентах от страховой суммы в соответствии с таблицей, предусмотренной п. 12 Полисных условий

↓ Вам доступен дополнительный сервис

Телечекап ☒

↓ Страховая премия

По Договору страхования уплачивается Страхователем ежемесячно в рублях Российской Федерации безналичным платежом в размере, указанном в Договоре Страхования.

↓ Порядок вступления в силу договора страхования

При условии оплаты первого Страхового взноса в полном объеме Договор страхования вступает в силу с 00 ч 00 мин дня, следующего за днем, когда был заключен Договор страхования. Льготный период для оплаты очередного Страхового взноса составляет 30 (тридцать) календарных дней.

↓ Срок действия договора страхования

12 (двенадцать) месяцев, с / / г. по / / г.

↓ Период свободного ознакомления

Период, начинающийся с даты заключения Договора страхования и длящийся 14 (четырнадцать) календарных дней, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть Договор страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии.

↓ Декларация Страхователя / Застрахованного лица

Подписав настоящее Заявление простой электронной цифровой подписью (одноразовым кодом из смс-сообщения) на сайте Страховщика и оплатив страховую премию, подтверждаю, что на момент заключения Договора страхования Я, Страхователь

- ☒ не являюсь и не являлся в прошлом инвалидом и не имею направления на медико-социальную экспертизу;
- ☒ не страдаю хроническим гепатитом любой природы (за исключением гепатита А); циррозом печени;
- ☒ не инфицирован ВИЧ, не болен СПИДом;
- ☒ не страдаю психическими заболеваниями или эпилепсией;
- ☒ не страдаю сахарным диабетом, туберкулезом;
- ☒ не переносил злокачественные онкологические заболевания;
- ☒ не прохожу медицинское обследование и не имею показания или рекомендации к прохождению медицинского обследования с целью уточнения и/или установления факта наличия любого заболевания;
- ☒ не имею рекомендаций врача к лечению любого Заболевания в стационаре;
- ☒ не употребляю наркотические и/или токсические вещества без назначения Врача, не страдаю алкоголизмом;
- ☒ не прохожу в настоящее время службу в вооруженных силах, не являюсь работником атомной промышленности;
- ☒ не застрахован по Программам страхования в рамках Полисных условий страхования жизни и на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний в ООО «СК «Райффайзен Лайф»;
- ☒ не являюсь иностранным гражданином или лицом без гражданства;
- ☒ не являюсь публичным должностным лицом (в том числе, иностранным публичным должностным лицом), а также супругом (-ой) или близким родственником такого лица;
- ☒ предоставил Страховщику (ООО «СК «Райффайзен Лайф» 115230, г. Москва, 1-й Нагатинский пр-д, д. 10, стр. 1) и Сервисному центру Страховщика, а именно, Обществу с ограниченной ответственностью «Медлэйбл» (AP Companies – рег. номер товарного знака 0422208, 117393, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 56, эт. 7 пом. XXXVIII ком. 18), либо иному лицу, выполняющему функции Сервисного центра Страховщика, персональные данные и иную информацию обо мне и иных застрахованных лицах, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность, и иные персональные данные; ИНН; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечениях (хобби), семейном, социальном и имущественном положении, содержащиеся в настоящем Страховом сертификате (оферте) и иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи заключением и/или с исполнением Договора страхования (далее – Персональные данные);
- ☒ дал согласие Страховщику и Сервисному центру Страховщика на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне и иных застрахованных лицах (в том числе, заключения и/или сведений о состоянии моего здоровья), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение Персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях заключения и исполнения Договора страхования, осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев, учета Договора страхования в базах данных Страховщика и получения мной информации о продуктах и услугах Страховщика (далее – Цели обработки). Согласен, что Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных, поручить обработку и предоставлять Персональные данные (включая сведения о состоянии моего здоровья) АО «Райффайзенбанк» (119002, Москва, пл. Смоленская-Сенная, д. 28), юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки, и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;
- ☒ согласился с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения о состоянии моего здоровья) действительно в течение 5 (пяти) лет после прекращения всех обязательств сторон по Договору страхования. Я подтверждаю, что мне сообщено о порядке отзыва согласия на обработку моих Персональных данных путем направления письменного заявления по месту нахождения Страховщика;
- ☒ согласился с тем, что Страховщик вправе при подписании Страхового сертификата (оферты) и иных документов, подписываемых Страховщиком в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;
- ☒ разрешил любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии моего здоровья и здоровья иных застрахованных лиц (включая сведения, составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику и Сервисному центру Страховщика;
- ☒ подтвердил, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Страховом сертификате (оферте) и иных документах, заполняемых и подписываемых мною или от моего имени в целях заключения Договора страхования, являются правдивыми, соответствующими действительности и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться незначительной;
- ☒ Я подтверждаю и согласен с тем, что Страховщик вправе отправлять сообщения, связанные с заключением, исполнением, изменением и расторжением Договора страхования, по месту регистрации, адресу электронной почты, номеру мобильного телефона, указанным мной в настоящем Страховом сертификате (оферте).
- ☒ Выбирая данный способ оплаты, Я подключаю безакцептное (автоматическое) ежегодное списание очередного платежа (страхового взноса) с указанной мною банковской карты в течение всего срока действия Договора страхования.
- ☒ С применимыми Полисными условиями ознакомлен и согласен.

ООО «СК «РАЙФФАЙЗЕН ЛАЙФ»
Генеральный директор

Мельников А. Е.

