

ДОГОВОР № 230Н3NSB2300000000
коллективного страхования от несчастных случаев

г. Москва

«01» августа 2023 г.

Страховое акционерное общество «ВСК», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице Вице- президента, руководителя управления по работе с нефинансовыми посредниками Грищенко Наталья Викторовна, действующего на основании доверенности 0600-Д от 11.02.2023 года, с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «ИТ Консул», именуемое в дальнейшем «Компания», в лице Генерального директора Чернышёвой Карины Сергеевны, действующей на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Страховщик обязуется при наступлении в жизни Застрахованного лица страхового случая произвести Выгодоприобретателю страховую выплату в пределах определенной Договором страховой суммы, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки, установленные Договором.

1.2. Застрахованными лицами по настоящему Договору являются дееспособные физические лица, указанные в приложенном к настоящему Договору Списке (Реестре) застрахованных лиц (далее по тексту – «Список (Реестр) Застрахованных»), удовлетворяющие условиям пункта 1.4 настоящего Договора и подписавшие заявления на включение в Список (Реестр) Застрахованных лиц к договору коллективного страхования от несчастных случаев на основании Правил № 167/1 комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и потери дохода в редакции от 17.07.2020 г. (далее – Заявление) по форме, приведенной в Приложении 3 к настоящему Договору.

В случае внесения изменений в Правила № 167/1 комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и потери дохода в редакции от 17.07.2020 г. (далее по тексту – «Правила страхования») Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней уведомляет об этом Страхователя, а также размещает на сайте <https://www.vsk.ru> актуальную версию.

1.3. Объектом страхования по настоящему Договору являются:

1.3.1. имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая.

1.4. На условиях настоящего Договора могут быть застрахованы лица, которые на момент подписания Заявления:

- не являются инвалидами, не имеют действующих направлений на медико-социальную экспертизу;
- возраст, которых от 18 до 75 лет (предельный возраст застрахованного лица на момент окончания страхования – 75 лет);
- не страдают слабоумием, рассеянным склерозом, полиомиелитом, параличом, эпилепсией, психическими заболеваниями;
- не имеют сахарного диабета;
- не страдают хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, почечной недостаточностью, не имеют другие патологии в области почек: единственная почка, нефроптоз, гидронефроз;
- не имеют злокачественных новообразований (в т.ч. злокачественных болезней крови и кроветворных органов), не имеют доброкачественных образований: гиперплазия предстательной железы;
- не страдают циррозом печени; гепатитом (В,С), хроническим панкреатитом с ежегодным обострением, язвой желудка или двенадцатиперстной кишки (последнее обострение более трех лет от даты подачи заявления на страхование), калькулезным холециститом (наличие камней в желчном пузыре);
- не переносили: инсульт, инфаркт миокарда, тромбоз легочной артерии, операции(-ю) на магистральных сосудах сердца (стентирование, шунтирование);
- не страдают стенокардией, ишемической болезнью сердца, гипертонией II или III степени, ревмокардитом, не имеют врожденный порок сердца;
- не страдают анемией средней и тяжелой степени тяжести, гемофилией, лейкемией и другими заболеваниями системы крови;
- не страдают эмфиземой, бронхиальной астмой средней или тяжелой степени тяжести, туберкулезом (на момент начала страхования не находятся на лечении или не состоят на учете в туберкулезном диспансере), пневмокониозом;
- не состоят на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;
- не переносили черепно-мозговые травмы;
- не страдают заболеваниями позвоночника, суставов, не имеют грыжу межпозвоночных дисков;
- не являются ограниченно трудоспособными в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью;
- не знали о наличии у них заболеваний, которые могли бы потребовать хирургического лечения (кроме стоматологического лечения);
- не обращались за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, не являются носителями ВИЧ и не больны СПИДом;
- не страдают алкоголизмом и/или наркоманией;
- не имеют срок беременности (для женщин).

1.5. Лица, имеющие на момент подписания Заявления заболевания, указанные в п. 1.4 Договора, срок беременности (для женщин), возраст младше 18 лет или старше 75 лет, могут быть приняты на страхование на условиях, согласованных Сторонами в дополнительном соглашении, заключенном по специальной форме, приведенной в Приложении 4 к настоящему Договору.

1.6. Выгодоприобретателем по настоящему Договору является:

1.6.1. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п.п. 2.1.1 настоящего Договора, Выгодоприобретателем является Застрахованный.

1.6.2. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 2.1.2 настоящего Договора, Выгодоприобретателем являются наследники Застрахованного лица.

- 1.7. Настоящий Договор заключен и действует в соответствии с Правилами страхования). Правила страхования прилагаются к настоящему Договору и являются его составной и неотъемлемой частью.
- 1.8. При расхождении трактовок соответствующих положений Правил страхования и настоящего Договора, приоритет имеют положения настоящего Договора.
- 1.9. Территорией действия страхования по настоящему Договору является весь мир, за исключением зон военных действий.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

- 2.1. Страховыми случаями являются следующие события, произошедшие в период страхования:
- 2.1.1. Установление Застрахованному инвалидности I или II группы в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования.
- Порядок установления инвалидности определяется законодательством Российской Федерации.
- Размер страховой выплаты в связи с данным страховым случаем составляет:
- при установлении Застрахованному инвалидности I группы – 100 % установленной на Застрахованного страховой суммы на дату страхового случая;
 - при установлении Застрахованному инвалидности II группы – 100 % установленной на Застрахованного страховой суммы на дату страхового случая.
- 2.1.2. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования.
- Размер страховой выплаты в связи с данным страховым событием равен установленной на Застрахованного страховой сумме на дату страхового случая.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

- 3.1. Страховая сумма устанавливается индивидуально в отношении каждого Застрахованного, указывается в Списке (Реестре) Застрахованных и на момент включения его в Список (Реестр) Застрахованных не может превышать 200 000 (Двести тысяч) рублей.

Включение в Список (Реестр) Застрахованных со страховой суммой, превышающей 200 000 (Двести тысяч) рублей, допускается при условии предварительного получения Страхователем письменного согласия Страховщика. Для получения такого согласия Страховщику должна быть предоставлена информация о лице, подлежащем включению в Список (Реестр) Застрахованных в объеме, необходимом Страховщику для проведения оценки страхового риска.

3.2. Тарифная ставка составляет % от страховой суммы при сроке страхования не более 30 дней, при сроке страхования более чем 30 дней, могут быть приняты на страхование на условиях, согласованных Сторонами в дополнительном соглашении.

3.3. Размер страховой премии, подлежащий уплате Страхователем, рассчитывается для каждого Застрахованного и указывается в Списке (Реестре) Застрахованных. Расчет страховой премии для каждого Застрахованного производится по формуле:

$$СП = CC \times T/100, \text{ где}$$

СП – размер страховой премии для Застрахованного в рублях;

СС – страховая сумма для Застрахованного в рублях,

T – тарифная ставка, выраженная в процентах, определяемая, в зависимости от срока страхования, в соответствии с п. 3.2 настоящего договора.

3.4. Страховая премия за всех Застрахованных, включенных в Список (Реестр) Застрахованных, указывается в Списке (Реестре) Застрахованных и уплачивается Страхователем не позднее 1 (одного) рабочего дня с даты подписания Застрахованным Заявления .

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1. Права и обязанности Сторон настоящего Договора определены Разделом 10 Правил страхования.
- 4.2. Дополнительно к правам и обязанностям, указанным в Разделе 10 Правил страхования, Страхователь обязан:
- 4.2.1. Включать в Список (Реестр) Застрахованных только тех физических лиц, которые удовлетворяют условиям пункта 1.4 настоящего Договора и которые дали письменное согласие в форме Заявления с условиями страхования;
- 4.2.2. Обеспечить сохранность Заявлений всех лиц, застрахованных по настоящему Договору, и предоставлять Заявления Страховщику в случаях, предусмотренных пунктом 5.2 настоящего Договора, а также по требованию Страховщика не позднее, чем в течение 5 рабочих дней с даты получения такого требования.
- 4.3. Дополнительно к правам и обязанностям, указанным в Разделе 10 Правил страхования, Страховщик имеет право:
- 4.3.1. в случае возникновения в период действия Договора обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. В случае возражений Страхователя (выгодоприобретателя) против предложения Страховщика, последний вправе потребовать расторжения Договора в порядке, предусмотренном действующим законодательством

5. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

5.1. Страховая выплата производится Страховщиком при наступлении страхового случая, из числа указанных в Разделе 2 настоящего Договора.

5.2. Решение о признании (либо не признании) страхового случая принимается Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на страховую выплату и после предоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) Страховщику соответствующих документов, указанных в Разделе 9 Правил страхования в зависимости от характера страхового случая, и Заявления, подписанного Застрахованным не позднее даты начала срока страхования данного Застрахованного.

Данное решение принимается Страховщиком в течение 10 рабочих дней (Страховщика) со дня получения последнего из указанных здесь документов.

5.3. В течение 5 рабочих дней после принятия решения о признании (либо не признании) заявленного события страховым случаем Страховщик письменно уведомляет выгодоприобретателя о принятом решении и, при положительном решении о

признании случая страховым, производит страховую выплату, а при отрицательном решении – направляет отказ в страховой выплате в течение 3 рабочих дней с момента принятия решения.

5.4. Размер страховой выплаты по страховым случаям, указанным в п.п. 2.1.1 - 2.1.2 настоящего Договора, равен:

5.4.1. в случае установления Застрахованному инвалидности в результате несчастного случая, происшедшего в период страхования страховая выплата производится в размере 100% от установленной на Застрахованного страховой суммы на дату принятия решения о страховой выплате, с которым произошел этот страховой случай;

5.4.2. в случае смерти Застрахованного результате несчастного случая, происшедшего в период страхования, производится страховая выплата в размере от установленной на Застрахованного страховой суммы на дату принятия решения о страховой выплате.

6. ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ НА СТРАХОВАНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

6.1. В течение срока действия Договора Страхователь вправе дополнять Список (Реестр) Застрахованных путем подготовки и передачи Страховщику Списка (Реестра) Застрахованных.

6.2. Список (Реестр) Застрахованных оформляется в период действия настоящего Договора по форме, приведенной в Приложении 2 к Договору, подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью Договора.

6.3. Информацию о лицах, подлежащих включению в Список (Реестр) Застрахованных, в виде оформленного по форме, приведенной в Приложении 2, Списка (Реестра) Застрахованных, подписанного Страхователем в 2-ух (Двух) экземплярах Страхователь передает Страховщику не позднее 1 (одного) рабочего дня с даты подписания Застрахованным Заявления.

6.4. Страховщик, в течение 5-ти (Пяти) рабочих дней со дня получения от Страхователя Списка (Реестра) Застрахованных при отсутствии разногласий подписывает его и передает один экземпляр Страхователю.

6.5. Срок страхования – составляет 30 (тридцать) календарных дней и указывается в Списке (Реестре) Застрахованных. Срок страхования начинается течение на следующий день с момента включения в Список (Реестр) Застрахованного.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и наличия Списка (Реестра) Застрахованных. Договор действует в отношении каждого Застрахованного с даты, указанной в Списке (Реестре) Застрахованных как «Дата начала срока страхования», до даты истечения срока страхования данного Застрахованного, указанной в Списке (Реестре) застрахованных как «Дата окончания срока страхования» по каждому объекту страхования

7.2. Срок страхования по настоящему Договору не может превышать 30 дней для каждого Застрахованного.

7.3. Досрочное расторжение Договора в отношении всех или отдельных Застрахованных возможно при заблаговременном уведомлении Страховщика в письменном виде. Возврат страховой премии или ее части при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя не производится.

7.4. В случае неуплаты Страхователем страховой премии за каких-либо Застрахованных в размере и сроки, установленные Договором, Договор не вступает в силу в отношении данных Застрахованных и никакие страховые выплаты по ним не производятся, если Сторонами не заключено письменное дополнительное соглашение в части изменения порядка уплаты страховой премии. Включение в Договор данных Застрахованных возможно только соответствии с порядком принятия на страхование, изложенным в разделе 6 настоящего Договора.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

8.1. Споры по настоящему Договору разрешаются путем переговоров между Страхователем и Страховщиком. При не достижении согласия Сторон по спорным вопросам, споры рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

8.2. Правила страхования вручены Страхователю.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору подлежат согласованию Сторон и оформляются дополнительными соглашениями в письменной форме.

9. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1. Правила № 167/1 комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и потери дохода в редакции от 17.07.2020 г.;

Приложение № 2. Список (Реестр) Застрахованных лиц;

Приложение №3. Заявление на включение в Список (Реестр) Застрахованных лиц к Договору коллективногострахования от несчастных случаев на основании Правил № 167/1 комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и потери дохода в редакции от 17.07.2020 г.;

Приложение № 4. Памятка;

Приложение №5. Дополнительное соглашение о включении в Список (Реестр) Застрахованных лиц на особых условиях (форма).

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

САО «ВСК»

Адрес: 121552, Москва, ул. Островная, д.4

Банковские реквизиты:

ИНН 7710026574 КПП 997950001

р/с 40701810600020001241

в ПАО «Сбербанк России», г. Москва

к/с 30101810400000000225

БИК 044525225

Вице-президент, руководитель управления

Управление по работе с нефинансовыми

посредниками

Грищенко Н.В./

Компания Общество с ограниченной ответственностью

«ИТ Консул»

Адрес: 115230, г. Москва, Хлебозаводский пр-д, д 7 стр 9, пом 24/Н

ИНН 9724139250

КПП 772401001

ОГРН 1237700492204

Почтовый адрес: 115230, г. Москва, Хлебозаводский пр-д, д 7 стр 9,

пом 24/Н

р/с 40702810802640004339

Банк: АО «Альфа- Банк»

БИК 044525593

к/с 30101810200000000593

Генеральный директор

/Чернышёва К.С./



Список (Реестр) Застрахованных лиц за _____ 20__ года¹

№ п/п	ФИО застрахованного лица	Серия, номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения	Адрес регистрации застрахованного лица	Дата рождения застрахованного лица	Место рождения застрахованного лица	Дата начала действия страхования	Дата окончания действия страхования	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.	Признак застрахованного (да/нет)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										

Количество застрахованных: _____ человек²

Страховая премия _____ рублей³

Страхователь:

_____ / _____
должность уполномоченного лица

_____ / _____
подпись уполномоченного лица ФИО

« ____ » _____ 20__ г.

дата подписания Списка представителем Страхователя

Страховщик:

_____ / _____
должность уполномоченного лица

_____ / _____
подпись уполномоченного лица ФИО

« ____ » _____ 20__ г.

дата подписания Списка представителем Страховщика

¹ Указывается период (день, неделя, месяц, иной период)

² Итоговое значение

³ Согласно утвержденным тарифам



От Страховщика:
(Грищенко Н.В.)

ФОРМА СОГЛАСОВАНА



От Страхователя:
(Чернышёва К.С.)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВКЛЮЧЕНИЕ В СПИСОК (РЕЕСТР) ЗАСТРАХОВАННЫХ

ПРОШУ ВКЛЮЧИТЬ В СПИСОК (РЕЕСТР) ЗАСТРАХОВАННЫХ К ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ В КАЧЕСТВЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА НА ОСНОВАНИИ ПРАВИЛ № 167/1 КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, БОЛЕЗНЕЙ И ПОТЕРИ ДОХОДА В РЕДАКЦИИ ОТ 17.07.2020 Г. НА СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ:

СТРАХОВАТЕЛЬ: ООО «ИТ Консул»

ЗАСТРАХОВАННЫЙ:

ФАМИЛИЯ _____

ИМЯ _____ ОТЧЕСТВО _____

Дата рождения _____

Гражданство _____

Документ, удостоверяющий личность _____

(кем и когда выдан)

Адрес регистрации _____

Страховые случаи	Размеры страховых выплат
1. установление Застрахованному инвалидности I или II группы в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования	100% установленной на Застрахованного страховой суммы
2. смерть Застрахованного в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования	100% установленной на Застрахованного страховой суммы

Срок страхования: (30 (тридцать) календарных дней) с 00 часов « _____ » _____ 20__ г. по 24 часов « _____ » _____ 20__ г.

Размер страховой премии определяется по следующей формуле:

СП = СС × Т/100, где

СП – размер страховой премии для Застрахованного в рублях;

СС – страховая сумма для Застрахованного в рублях,

Т – тарифная ставка, которая составляет %

«ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕМ по договору страхования прошу назначить Застрахованного, а в случае смерти Застрахованного – его наследников.

При наступлении страхового случая страховая выплата производится назначенному мною Выгодоприобретателю».

<p><i>На момент подписания настоящего Заявления:</i> Я не моложе 18 лет и не старше 75 лет; Я не являюсь инвалидом и не имею действующего направления на медико-социальную экспертизу; Я не страдаю слабоумием, рассеянным склерозом, полиомиелитом, параличом, эпилепсией, психическими заболеваниями; Я не страдаю сахарным диабетом; Я не страдаю хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, почечной недостаточностью, не имею других патологий в области почек: единственная почка, нефроптоз, гидронефроз; Я не имею злокачественных новообразований (в т.ч. злокачественные болезни крови и кроветворных органов), имеют доброкачественные образований: гиперплазия предстательной железы; Я не страдаю циррозом печени; гепатитом (В,С), хроническим панкреатитом с ежегодным обострением, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (последнее обострение было более трех лет назад до даты подачи заявления на страхование), калькулезным холециститом (наличие камней в желчном пузыре); Я не переносил: инсульт, инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии, операции(-ю) на магистральных сосудах сердца (стентирование, шунтирование); Я не страдаю стенокардией, ишемической болезнью сердца, гипертонией II или III степени, ревмокардитом, имеют врожденный порок сердца;</p>	<p><i>Я не страдаю анемией средней и тяжелой степени тяжести, гемофилией, лейкемией и другими заболеваниями системы крови;</i> Я не страдаю эмфиземой, бронхиальной астмой средней или тяжелой степени тяжести, туберкулезом (на момент начала страхования находятся на лечении или состоят на учете в туберкулезном диспансере), пневмокониозом; Я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах; Я не переносил черепно-мозговые травмы; Я не страдаю заболеваниями позвоночника, суставов, имеют грыжу межпозвоночных дисков; Я не являюсь ограниченно трудоспособными в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью; Я не знаю о наличии у себя заболеваний, которые могли бы потребовать хирургического лечения (кроме стоматологического лечения); Я не обращался(лась) за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, не являюсь носителем ВИЧ и/или не болен СПИДом; Я не страдаю алкоголизмом и/или наркоманией; Я не являюсь беременной (для женщины).</p>
---	---

Я уведомлен, что страховую премию в CAO «ВСК» уплачивает ООО «ИТ Консул»

Я уполномочиваю любое медицинское учреждение передавать в CAO «ВСК» всю информацию, касающуюся моего здоровья, отказываясь от каких-либо претензий по поводу этой передачи.

Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь или обладающими информацией о состоянии моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Я подтверждаю, что ознакомлен (а) с информацией о Страховщике, с условиями Правил № 167/1 от 17.07.2020 г., включая сведения о страховых случаях/рисках, размере страховой суммы, сроке страхования, имущественном интересе, являющемся объектом страхования, размере страховой премии (страхового тарифа), условиях досрочного расторжения Договора коллективного страхования от несчастных случаев № 230Н3NSB2300000000 от 01.08.2023 г. (далее – Договор страхования) в отношении застрахованного лица, порядке осуществления страховой выплаты.

Мне известно, что действие Договора страхования в отношении меня может быть досрочно прекращено по моему желанию. При этом мне так же известно, что в соответствии со статьей 958 ГК РФ и согласно условиям Договора страхования возврат страховой премии или ее части при досрочном прекращении Договора страхования по требованию Страхователя не производится.

Я подтверждаю, что Страховщик выбран мною добровольно, и что я уведомлен (-а) Страхователем о своем праве выбрать любую другую страховую компанию по своему усмотрению либо отказаться от включения в Список (реестр) застрахованных лиц.

Я уведомлен (-а), что страхование от несчастных случаев не является условием для получения иных услуг, в том числе предоставляемых Страхователем, и мой отказ от страхования от несчастных случаев не может являться основанием для отказа в предоставлении таких услуг или ухудшения условий предоставления таких услуг. Я подтверждаю, что Договор страхования не является способом обеспечения исполнения каких-либо обязательств Застрахованного лица.

Я также принимаю к сведению и согласен (на), что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия фактов, касающихся ограничений для принятия на страхование, Договор страхования в отношении меня может быть признан судом недействительным с момента его заключения, и страховая компания освобождается от каких-либо обязательств по этому Договору страхования в отношении меня.

Я, даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении (договоре, полисе), 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 Страховщику.

С условиями Договора коллективного страхования от несчастных случаев № 230Н3NSB2300000000 от 01.08.2023 г. ознакомлены согласен. Памятку по страхованию от несчастных случаев и болезней с условиями Правил № 167/1 от 17.07.2020г. получили обязуюсь ее исполнять.

Электронная подпись застрахованного лица:
вводится идентификатор подписи из системы/ФИО застрахованного/ дата



От Страховщика:

(Грищенко Н.В.)

М.П.

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:

От Страхователя:

(Чернышёва К.С.)

М.П.



ОБРАЗЕЦ

ПАМЯТКА к Договору № 230Н3NSB2300000000 от «13» января 2022 г. коллективного страхования от несчастных случаев	
Включение в состав Застрахованных лиц по данному Договору страхования не является необходимым условием для оказания финансовых услуг, в том числе условием для выдачи займа.	
Страховщик (организация, несущая обязательства по договору Страхования):	Страховое акционерное общество «ВСК»
Выгодоприобретатель	Оставить соответствующий договору вариант:
	Застрахованный, а в случае его смерти наследники по закону
Порядок оплаты взносов	Единовременно
<i>Порядок отказа от Договора коллективного страхования от несчастных случаев № 230Н3NSB2300000000 от 01.08.2023 г. (далее – Договор):</i> <i>Застрахованный вправе в любой момент отказаться от Договора страхования путем подачи Страховщику письменного заявления об отказе от Договора. Если заявление об отказе направлено в течение 14 календарных дней с даты его заключения, уплаченная страхования премия подлежит возврату в полном объеме в срок, не превышающих 7 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления от Страхователя об отказе от договора страхования, при отсутствии произошедших в этот период событий, имеющих признаки страхового случая. При отказе Застрахованного от договора страхования в иные сроки, чем указаны в настоящем разделе Договора, уплаченная страховая премия возврату не подлежит. Любые условия Правил страхования, противоречащие изложенному выше порядку при отказе от Договора страхования, не применяются.</i>	
Условия страхования, не указанные в настоящей Памятке, изложены в Договоре.	
<i>Застрахованное лицо:</i> Сведения данной Памятки мне понятны, экземпляр Памятки получил. Электронная подпись застрахованного лица: вводится идентификатор подписи из системы/ФИО застрахованного/ дата	



От Страховщика:
(Грищенко Н.В.)
М.П.

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:



От Страхователя:
(Чернышова К.С.)
М.П.

ФОРМА

Дополнительное соглашение № _____
к Договору коллективного страхования от несчастных случаев
№ _____ от «__» _____ 202_ года

г. _____ «__» _____ 202_ г.

Страховое акционерное общество «ВСК», действующее на основании Лицензии № _____ именуемое в дальнейшем Страховщик в лице _____ САО «ВСК» _____, действующий на основании доверенности № _____ от _____ 201__ г., с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем Страхователь, с другой стороны, вместе в дальнейшем именуемые Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к договору коллективного страхования от несчастных случаев № _____ от «__» _____ 202_ года (Далее – Договор страхования) о нижеследующем:

1. Стороны договорились включить в Список Застрахованных по Договору следующих Застрахованных:
 - 1) _____ (информация о Застрахованном, в том числе основание специального согласования, номер и дата кредитного договора, начало и окончание срока страхования, тарифная ставка, страховая сумма, страховая премия).
 2. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из сторон.
 3. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора _____ и действует с даты подписания.
 4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Дополнительным соглашением, Стороны руководствуются условиями Договора.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

САО «ВСК»

Адрес: 121552, Москва, ул. Островная, д.4
Банковские реквизиты:
ИНН 7710026574 КПП 997950001
р/с 40701810600020001241
в ПАО «Сбербанк России», г. Москва
к/с 30101810400000000225
БИК 044525225

Вице-президент-руководитель управления
Управление по работе с нефинансовыми
посредниками

_____/Грищенко Н.В./

**Компания Общество с ограниченной ответственностью
«ИТ Консул»**

Адрес: 115230, г. Москва, Хлебозаводский пр-д, д 7 стр 9, пом 24/Н
ИНН 9724139250
КПП 772401001
ОГРН 1237700492204
Почтовый адрес: 115230, г. Москва, Хлебозаводский пр-д, д 7 стр 9,
пом 24/Н
р/с 40702810802640004339
Банк: АО «Альфа- Банк»
БИК 044525593
к/с 30101810200000000593
Генеральный директор

_____/Чернышёва К.С./

М.П.

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:



От Страховщика:
(Грищенко Н.В.)
М.П.



От Страхователя:
(Чернышёва К.С.)
М.П.