

Полис «Ценный сотрудник»

№ _____

Настоящий полис выдан на основании устного заявления Страхователя и подтверждает заключение договора страхования на условиях и в соответствии с Особыми условиями (далее – Особые условия), являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора страхования (Полиса).

1. Страховщик	Наименование:	ПАО СК «Росгосстрах» Лицензия СИ №0001				
	Адрес:	Юридический адрес / местонахождение: 121059, г. Москва, ул. Киевская, д. 7, к. 1. Почтовый адрес: 119991, Российская Федерация, г. Москва – 59, ГСП-1, ул. Киевская, д.7, к. 1 Телефон: +7 (495) 783-24-24 Факс: +7 (495) 783-24-34 E-mail: rgs@rgs.ru www.rgs.ru				
2. Страхователь	ФИО:					
	Дата рождения:				Муж.	Жен.
	Место рождения:	Гражданство:				
	Паспорт:	серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения				
	Адрес регистрации:					
	Телефон:		E-mail:			
3. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель)	ИНН (при наличии):	СНИЛС (при наличии):				
	Страхователь (ставится отметка, если Страхователь является Застрахованным лицом)					
	ФИО:					
	Дата рождения:		Пол:		Муж.	Жен.
	Место рождения:	Гражданство:				
	Паспорт:					
4. Объект страхования	Телефон:					
	E-mail:					
5. Страховые риски/страховые случаи	Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Страхователя (Выгодоприобретателя)/Застрахованного лица, связанные:					
	4.1. в части риска потеря работы - с риском возникновения у него убытков в связи с непредвиденной утратой Застрахованным лицом дохода в результате потери работы (источника дохода) по не зависящим от него обстоятельствам.					
6. Страховая сумма/Страховая премия	5.1. Страхование риска потери работы – неполучение Застрахованным лицом (Работником) ожидаемых доходов в результате прекращения в период действия договора страхования Контракта между Работником и Работодателем по следующим основаниям (далее «Потеря работы»):					
	5.1.1. прекращение контракта, заключенного между Застрахованным лицом и Работодателем, по инициативе Работодателя в связи с ликвидацией организации (ликвидацией обособленных структурных подразделений, находящихся в другой местности) либо прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем (п. 1 статьи 81 Трудового Кодекса Российской Федерации) (п. 4.3.1. Особых условий);					
7. Порядок уплаты страховой премии	5.1.2. прекращение контракта, заключенного между Застрахованным лицом и работодателем, по инициативе Работодателя в связи с сокращением численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя (п. 2 статьи 81 Трудового Кодекса Российской Федерации) (п. 4.3.2. Особых условий).					
	Страховая сумма, руб.			Страховая премия, руб.		
8. Срок действия Договора / Срок страхования	Потеря работы					
	Единоновременно, не позднее даты вручения Полиса. В случае неуплаты Страхователем страховой премии в сроки, предусмотренные Договором страхования, или уплаты страховой премии не в полном объеме, Договор страхования (Полис) считается не вступившим в силу, обязательств по такому Договору страхования у сторон не возникает.					
9. Приложение (неотъемлемая часть настоящего Полиса)	8.1. Срок действия Договора страхования (Полиса)	с	ДД.ММ.ГГГГ	по	ДД.ММ.ГГГГ	
	8.2. Страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие в период действия Договора страхования (Полиса).					
10. Территория страхования	Приложение № 1 к настоящему Полису – Особые условия					
11. Декларация Страхователя	Российская Федерация с учетом п. 1.3.13. Особых условий					
	11.1. Получая на руки настоящий Полис и уплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что:					
11. Декларация Страхователя	11.1.1. с условиями Полиса и Особыми условиями ознакомлен и согласен, обязуется их соблюдать, по одному экземпляру каждого из документов получил;					
	11.1.2. понимает смысл, значение и юридические последствия заключения Договора страхования, не находится под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы, не заключает договор вследствие стечения тяжелых обстоятельств на крайне невыгодных для него условиях, текст Договора страхования перед заключением им лично прочитан и проверен;					
	11.1.3. настоящий Договор страхования заключается добровольно, является самостоятельной финансовой (страховой) услугой, заключение настоящего Договора страхования не является обязательным условием для предоставления каких-либо иных услуг или заключения каких-либо иных договоров;					
	11.1.4. перед заключением Договора страхования для принятия правильного решения Страхователь был ознакомлен с экземплярами типовых форм Полиса, Особых условий по продукту «Ценный сотрудник» для детального самостоятельного ознакомления, получения необходимых консультаций соответствующих специалистов (представителей) Страховщика, а также то, что для этого ему было предоставлено достаточно времени;					
	11.1.5. согласен на использование Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи;					
	11.1.6. до оплаты страховой премии по Договору страхования (Полису) ознакомился(-лась) с размещенными					

в электронном виде по адресу: https://www.rgs.ru/terms_pdn условиями обработки персональных данных, которые необходимы в целях осуществления страхования, и принимает такие условия.

11.1.7. проинформирован, что он вправе досрочно отказаться от договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (период охлаждения) независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В этом случае Страхователю возвращается оплаченная страховая премия в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования:

- в полном размере - при отказе от договора до даты начала действия страхования;
- с удержанием Страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия страхования - при отказе от договора после даты начала действия страхования.

11.1.8. по заявлению Страхователя путем подачи письменного заявления Страховщику, в связи с непредоставлением, предоставлением неполной или недостоверной информации о договоре страхования, и при отсутствии до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая. В указанном случае страховая премия по договору страхования подлежит возврату (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) в срок, не превышающий 7 (Семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

11.1.9. дает согласие на получение смс-уведомлений Страховщика, связанных с обслуживанием Договора страхования, урегулированием убытков по заявленному страховому случаю, информации о завершении срока действия Договора страхования (Полиса) и иной информации, связанной с исполнением Договора страхования, на указанный в настоящем Полисе/Договоре страхования номер мобильного телефона;

11.1.10. не является публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3. Закона № 115-ФЗ от 07.08.2001, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, бабушкой, дедушкой или внуком), полнородным или неполнородным (имеющими общего отца или мать), братом или сестрой, усыновителем или усыновленным;

11.1.11. сведения, изложенные в настоящем Полисе и всех приложениях к нему, достоверны;

11.1.12. с положениями Ключевого информационного документа (КИД) об условиях договора ознакомлен(-а), КИД получил(-а), согласен(-на) с возможными расхождениями между КИД и Договором и принимаю окончательные условия, изложенные в Договоре.

Дополнительно ознакомиться с КИД в случае утери/утраты выданного перед заключением договора страхования экземпляра КИД Страхователь может на сайте Страховщика по ссылке: www.rgs.ru/kidcstrdnk

11.2. Получая на руки настоящий Полис и уплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что указанное в Полисе Застрахованное лицо:

11.2.1. является дееспособным физическим лицом, гражданином Российской Федерации;

11.2.2. его возраст более или равен 18 лет на дату заключения договора страхования и на дату окончания действия Договора страхования не превышает возраст, установленный законодательством Российской Федерации, как пенсионный;

11.2.3. на момент заключения Договора имеет постоянную работу на основании бессрочного трудового договора, заключенного в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации;

11.2.4. его общий трудовой стаж составляет не менее 12 (двенадцати) месяцев и трудовой стаж на текущем месте работы не менее 6 (шести) месяцев;

11.2.5. не находится на испытательном сроке;

11.2.6. осуществляет трудовую деятельность на условиях полной рабочей недели и полного рабочего дня, состояние здоровья позволяет осуществлять трудовую деятельность по занимаемой должности;

11.2.7. не находится в отпуске по уходу за ребенком, не является сезонным рабочим, индивидуальным предпринимателем, акционером (участником) организации работодателя, временно нетрудоспособным по беременности и родам, гражданским служащим, военнослужащим, служащим, проходящим службу по контракту, сотрудником органов внутренних дел, полиции, МЧС, ФСИН, ГТК, ФССП России, органов прокуратуры, Следственного комитета РФ;

11.2.8. не обладает информацией о (возможном) предстоящем прекращении трудового договора с ним;

11.2.9. не является публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Закона № 115-ФЗ от 07.08.2001, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, бабушкой, дедушкой или внуком), полнородным или неполнородным (имеющими общего отца или мать), братом или сестрой, усыновителем или усыновленным).

11.2.10. не является фигурантом, участником (истцом, ответчиком, третьим лицом и т.п.) Гражданско-правовых/уголовных споров;

11.2.11. не обладает информацией о наличии в отношении него действий судебных исков, направленных в суд в соответствии с законодательством РФ;

11.2.12. предоставил достоверные данные для оформления чека ККТ в соответствии с требованиями Федерального закона от 22.05.2003 г. №54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации (телефон, e-mail), а также проверил корректность указания этих данных в Полисе. В случае отсутствия/некорректных данных Страхователя, Стороны признают этот факт, как отказ Страхователя предоставлять указанную информацию;

11.2.13. проинформирован о возможности получения фискального чека ККТ, для подтверждения факта оплаты страховой премии, на e-mail, для чего необходимо отправить электронное письмо на адрес Страховщика 54_fz@rgs.ru.

11.2.14. уведомлен, что выплата по рискам, застрахованным по договору страхования (Полису) является доходом, подлежащим обложению НДФЛ (в соответствии со ст. 213 Налогового кодекса РФ).

11.3. Иные условия страхования, страховой выплаты и порядок действий Страхователя при наступлении страхового случая – в соответствии с Особыми условиями.

При наступлении случая, имеющего признаки страхового, необходимо сообщить об этом в Единый контакт центр по телефону: 8(800) 200-99-77.

Актуальная информация об адресах центров урегулирования убытков ПАО СК «Росгосстрах», принимающих документы о наступлении страхового случая, имеется на официальном сайте Страховщика - www.RGS.ru, а также указанную информацию можно получить, позвонив по круглосуточному номеру телефона ПАО СК «Росгосстрах» 8(800)200-09-00 и с мобильного телефона по номеру 0530. Страхователь вправе получить дополнительные услуги согласно Памятке клиента.

СТРАХОВЩИК Механическое воспроизведение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документ типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом такого документа. Документы, содержащие механическое воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика и изображение оттиска печати Страховщика, имеют силу, аналогичную документам, собственноручно подписанным уполномоченными лицами Страховщика и имеющим оттиск печати Страховщика.	<i>Подпись, должность</i>	ДАТА ВРУЧЕНИЯ ПОЛИСА
		____.____.20__