

Полис страхования «Защита от НС на горнолыжном курорте»

Дата оформления полиса: 00.00.00 год

Настоящий Полис-оферта удостоверяет факт заключения Договора страхования на основании устного заявления Страхователя и в соответствии с Правилами комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и финансовых рисков, связанных с потерей работы, в редакции, действующей на дату оформления Договора (далее – Правила страхования). На основании ст. 435 и ст. 438 Гражданского кодекса РФ согласием Страхователя принять настоящий Полис-оферту (заключить Договор) на предложенных Страховщиком условиях страхования считается оплата страховой премии в размере, порядке и сроки, указанные в полисе-оферте. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора, являются неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения.

Срок страхования

Полис страхования вступает в силу и действует с 00 ч. 00 мин. московского времени __.__.20__ г. по 23 ч. 59 мин. московского времени __.__.20__ г., но не ранее момента уплаты страховой премии в полном объеме

Страховщик

Акционерное общество «Страховая компания «Бестиншур»	
Лицензия на осуществление страхования	СЛ № 2733 от 04.09.2023, выдана Банком России бессрочно
Юридический адрес	127015, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Савеловский, ул. Вятская, д. 27, стр. 15
Почтовый адрес	127015, г. Москва, ул. Вятская, д. 27, стр. 15
ИНН	2722015673

При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8 800 505 92 95 (звонок по территории РФ бесплатный)

Страхователь

Физическое лицо, являющийся держателем ваучера горного курорта Роза Хутор № 0000 0000 0000 0000 и владельцем абонентского номера телефона +7 777 77 77 77.

Застрахованное лицо

Фамилия, Имя	Иванов Иван Иванович
Дата рождения	01.01.01

Страховые риски

- Смерть Застрахованного лица, наступившая в результате несчастного случая в течение срока страхования (далее – Смерть НС) (п.п. 4.3.1 Правил страхования);
- Установление Застрахованному лицу инвалидности I группы, наступившей в результате несчастного случая в течение срока страхования (далее – Инвалидность НС) (п.п. 4.3.2 Правил страхования);
- Получение Застрахованным лицом травмы в результате несчастного случая в течение срока страхования (далее – Травма НС) (п.п. 4.3.4 Правил страхования).

Если Застрахованное лицо относится к категории лиц: инвалиды I и II группы, дети-инвалиды, инвалиды с детства; лица, страдающие церебральным параличом, синдромом Дауна, психическим заболеванием или слабоумием, тяжелыми нервными заболеваниями; слепые, глухие, парализованные, а также лица, которые по медицинским показаниям нуждаются в постоянной посторонней помощи или представляющие социальную опасность, – оно считается застрахованным на иных условиях: только по страховому риску «Смерть НС», наступление которого не было вызвано никакими состояниями Застрахованного из указанных выше.

Выгодоприобретателями по рискам являются:
Инвалидность НС, Травма НС – Застрахованное лицо;
Смерть НС – наследники Застрахованного лица.

Территория страхования

Территория горнолыжного курорта «Роза Хутор», г. Сочи, Российская Федерация.

Страховая сумма

Страховая сумма: 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей.

В случае оформления нескольких договоров страхования от несчастных случаев лимит страховой выплаты на одно Застрахованное лицо по рискам Смерть НС и Инвалидность НС устанавливается в размере агрегатной страховой суммы, а выплата по каждому Договору уменьшается пропорционально и в совокупности не превышает 3 000 000 (трех миллионов) рублей; по риску Травма НС в таком случае лимит страховых выплат на одно Застрахованное лицо устанавливается в размере 1 000 000 (один миллион) рублей.

Наличие и размер агрегатной страховой суммы на случай оформления нескольких договоров страхования от несчастных случаев в отношении одного Застрахованного лица является существенным условием Договора. Страховщик не заключает договоры страхования в отношении одного Застрахованного лица, если суммарная страховая сумма по всем действующим договорам страхования от несчастных случаев и болезней превышает размер агрегатной страховой суммы, определенной выше. В случае ошибочной оплаты Страхователем такого договора страхования этот договор признается незаключенным ввиду несогласованности Страховщиком и Страхователем существенных условий, и Страховщик производит возврат ошибочно уплаченных денежных средств.

Страховая выплата

Страховая выплата по рискам Смерть НС и Инвалидность НС: одновременно в размере 100% страховой суммы; по риску Травма НС: одновременно в размере, установленном в Таблице страховых выплат (Приложение №1 к Правилам страхования).

При этом для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 17 лет лимит страховой выплаты составляет не более 500 000 (пятистот тысяч) рублей по всем страховым случаям, произошедшим в течение одного года действия Договора по риску Травма НС.

Полный перечень событий, не являющихся страховым случаем, и оснований для отказа в осуществлении страховой выплаты приведен в пп. 4.5–4.7. Правил страхования.

При этом Стороны договорились, что страхование осуществляется в связи с катанием Застрахованных лиц на горных лыжах, сноуборде или тюбинге.

Страховая премия

Страховая премия: **357** рублей

Страховая премия должна быть оплачена одновременно агенту Страховщика по указанным им реквизитам.

Страхователь имеет право отказаться от Договора до начала периода страхования, Договор считается прекратившим свое действие по данному основанию с момента его заключения, а уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. В случае отказа Страхователя от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но после начала периода страхования и при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик осуществляет возврат Страхователю части страховой премии пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора.

Страховая премия подлежит возврату в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя.

Заключительные положения

Оплачивая страховую премию и принимая от Страховщика Договор, Страхователь подтверждает, что до его заключения ему предоставлена, в том числе в форме Ключевого информационного документа, исчерпывающая информация о Страховщике, об условиях Договора, о порядке оплаты страховой премии, условиях расторжения договора и порядке возврата премии (взноса), сроках рассмотрения и порядке осуществления выплаты, исключений из страхования. Страхователю известно, что Правила страхования доступны на официальном сайте Страховщика https://bestinsure.tech/insurance_rules, а также могут быть мне вручены (направлены) по запросу Страховщику или его представителю, также Страхователь подтверждает, что ему разъяснено право получить информацию о размере вознаграждения страхового агента.

Оплачивая страховую премию и принимая от Страховщика (его представителя) Договор, Страхователь, действуя осознанно, свободно, своей волей и в своем интересе, предоставляет согласие по нижеуказанному вопросу (далее – согласие):

Я даю согласие Страховщику на обработку моих персональных данных для следующих целей:

- заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора страхования, информирование о состоянии Договора;
- заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже);
- контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора, по всем вопросам их предоставления.

Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования.

Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ООО «Бестдоктор», 121205, г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Можайский, тер. Сколково инновационного центра, ул. Нобеля, д. 7, этаж /помещ. 4/У, часть ком./раб. место 57/3, ИНН 7106021081; агенту Страховщика – ООО «Компании по девелопменту горнолыжного курорта «Роза Хутор», 123308, г. Москва, 2-й Силикатный проезд, дом 34, строение 1, помещение I, комната №7, ИНН 7702347870, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора.

Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения и др.), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, e-mail, ИНН и др.), платежные реквизиты, а также данные, содержащиеся в регистрационных и иных документах, сведения о состоянии моего здоровья; иные ПДн, содержащиеся в Договоре и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, будут получены в ходе рассмотрения страхового события и(или) сообщены Страховщику устно.

Я согласен на передачу Страховщику и/или ООО «Бестдоктор», 121205, г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Можайский, тер. Сколково инновационного центра, ул. Нобеля, д. 7, этаж /помещ. 4/л, часть ком./раб. место 57/3, ИНН 7106021081, документов и заключений, в том числе содержащих сведения о состоянии моего здоровья, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:

- лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
- моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
- иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обработываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Страхователь подтверждает, что до заключения Договора получил согласие Застрахованного лица на обработку его (Застрахованного лица) персональных данных на аналогичных вышеуказанных условиях. Страхователь обязуется предоставить Страховщику оригинал письменного согласия Застрахованного лица в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика.

Страхователь также дает согласие Страховщику на получение от него рекламных и маркетинговых материалов. Для отказа от получения рекламных и маркетинговых материалов от Страховщика Страхователь может обратиться по адресу электронной почты info@bestinsure.tech.

Страхователь также соглашается на использование Страховщиком факсимильного воспроизведения оттиска печати и подписи, которое признается сторонами аналогом оригинального оттиска и собственноручной подписи. Договор страхования считается заключенным только при наличии на настоящем Полисе подлинной или факсимильной подписи и оригинального или факсимильного оттиска печати, а в случае несоблюдения данного условия Договор страхования считается незаключенным.

Настоящим Стороны подтверждают, что обмен сообщениями с использованием электронных адресов, а также направление Страховщиком Страхователю смс-сообщений носит характер официального, и такие сообщения признаются Сторонами юридически значимыми. В случаях если положения договора страхования противоречат положениям Правил страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

Страховщик