**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

паспорт: серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прошу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ распространить на меня действие Договора коллективного страхования от несчастных случаев № 001-ГС-000668/23 от «28» июля 2023г. (далее – Договор), заключенному между **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (далее – Страхователь) и ООО «Абсолют Страхование» (далее – Страховщик). Страховые риски:

- Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Смерть в результате НС»);

- Инвалидность Застрахованного I, II группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Инвалидность I, II группы в результате НС»).

1. Выражаю свое желание быть Застрахованным лицом по Договору с даты подачи настоящего заявления Страхователю. Прошу присоединить меня к Договору в качестве Застрахованного лица на срок: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.
2. Я ознакомлен с тем, что, при наступлении страхового случая по рискам «Смерть в результате НС», «Инвалидность I, II группы в результате НС» выплата страхового возмещения производится Страховщиком в размере 100% (ста процентов) страховой суммы по Застрахованному лицу;
3. Территория страхования: Российская Федерация.
4. Страховая сумма составляет \_\_\_*цифрами\_*\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*прописью*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, 00 копеек.
5. Подтверждаю, что:

- возраст Застрахованного лица от 18 до 70 лет, что Застрахованное лицо не является и никогда ранее не являлось инвалидом (не относится и не относилось ранее к категории «ребенок-инвалид»), не имеет оснований для присвоения инвалидности, не направляло медицинские документы на рассмотрение в органы медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности, дееспособное, не страдает психическими заболеваниями, не переносило инсульт и/или инфаркт миокарда, не страдает сердечной недостаточностью третьей степени, циррозом печени, терминальной почечной недостаточностью, злокачественными заболеваниями крови, онкологическими заболеваниями, не является больным СПИДом или ВИЧ инфицированным, не состоит на учете в наркологических, онкологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, не находится в местах лишения свободы;

- профессиональная деятельность Застрахованного лица не связана с вредным или опасным производством, радиацией, работой на высоте свыше 15 м, в водной акватории или под водой, в нефте- и газодобыче, работой на нефтяных и газовых платформах, под землей, с взрывчатыми веществами, с опасными химическими веществами или составами, и/или другими обязанностями, связанными с повышенным риском (водители большегрузных машин, вооруженные сотрудники полиции, персональная охрана, сотрудники уголовного розыска, строители, пилоты и члены экипажа, в т.ч. вертолетов и малой авиации, пожарные, лица, имеющие право на ношение оружия с целью исполнения служебных обязанностей, водители-испытатели, мотогонщики, автогонщики, каскадеры, космонавты);

Признаю, что данные условия являются существенными; если при наступлении страхового случая будет установлено, что данные сведения не соответствуют действительности в целом или в части, ООО «Абсолют Страхование» имеет право отказать в выплате страхового возмещения.

1. Подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем заявлении. Мне известно, что если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.
2. Уведомлен и согласен с тем, что не является страховым случаем событие, произошедшее вследствие или во время:

- занятия физической культурой и спортом, кроме следующих видов занятий физической культурой и спортом: плавание (кроме дайвинга, фридайвинга и других видов подводного спорта), пешие походы без применения альпинистского снаряжения, езда на велосипеде (кроме горного велосипеда (маунтибайка), велосипедного мотокросса (ВМХ) и их направлений), катание на лыжах (кроме горных), бег и ходьба оздоровительные, катание на коньках, волейбол, баскетбол, бадминтон, теннис (включая настольный), бильярд, боулинг, гольф, аэробика, гимнастика (кроме спортивной и акробатической), керлинг, занятие любыми видами физической культуры и спортом в фитнес-клубах (центрах), тренажерных залах (за исключением занятий единоборствами);

- езды на мотоцикле и/или снегоходе (как в качестве водителя, так и в качестве пассажира);

- террористического акта, военных действий, вооруженных столкновений.

1. Подтверждаю, что Договор страхования в отношении меня (Застрахованного лица) заключается по моей инициативе, услуги страхования не являются навязанными, невыгодными и обременительными.
2. Уведомлен и согласен с тем, что я могу в одностороннем внесудебном порядке расторгнуть (прекратить) Договор страхования в отношении себя, уведомив об этом Страхователя. При этом
   1. в случае моего обращения (Застрахованного лица) в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подачи настоящего Заявления, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, сумма уплаченной страховой премии и уплаченного вознаграждения за организацию страхования (плата за присоединение к Договору страхования) подлежит возврату в полном объеме. Возврат денежных средств осуществляет Страхователь в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения письменного заявления об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования.
   2. в случае моего обращения (Застрахованного лица) в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подачи настоящего Заявления, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая и при условии предоставления документа, подтверждающего факт полного досрочного погашения займа, часть уплаченной страховой премии подлежит возврату. Расчет части страховой премии, подлежащей возврату, осуществляется пропорционально времени, в течение которого я являлся к данному моменту Застрахованным лицом по Договору.
3. Даю согласие на предоставление ООО МФК «ЭкспрессДеньги» Страховщику информации, указанной в настоящем заявлении (в т.ч. самого заявления), а также в иных документах, переданных мной ООО МФК «ЭкспрессДеньги» в целях заключения и исполнения Договора страхования (в том числе в целях осуществления страховой выплаты), и информации обо всех изменениях в состоянии моего здоровья, а также на получение Страховщиком информации, касающейся моего труда, физического и психического состояния, результатов медицинских консультаций и тестов.
4. За присоединение к Договору страхования мною вносится плата в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_(*\_\_\_\_\_прописью\_\_\_\_\_\_*) рублей, \_\_коп., состоящая из:

- страховой премии в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (НДС не облагается согласно п. 3 ст. 149 НК РФ);

- вознаграждения Страхователя за присоединение к Договору страхования в размере \_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_(включая НДС 20%).

12. В соответствии с законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку и передачу ООО «Абсолют Страхование» (адрес местонахождения: 115280, г.Москва, ул. Ленинская Слобода, 26), являющегося Страховщиком, и ООО МФК «ЭкспрессДеньги» (адрес местонахождения: Россия, Республика Марий-Эл, г.Йошкар-Ола, б.Чавайна, 12А), являющемуся Страхователем по Договору, моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении в течение всего срока действия Договора страхования, а также в течение срока его архивного хранения персональных данных. Персональные данные включают в себя: фамилию, имя, отчество, адрес Застрахованного, данные основного документа, удостоверяющего личность, и иную информацию о Застрахованном лице, указанную в заявлении, договоре страхования или полученную Страховщиком в ходе его исполнения. Под обработкой персональных данных подразумевается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Страховщиком и/или привлеченными им третьими лицами с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение. Согласие дается на обработку персональных данных в целях исполнения Договора страхования, информационного сопровождения, в том числе информирования об услугах Страховщика, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях (включая передачу информационных сообщений посредством электросвязи (по телефону, СМС, эл. почте) или почтовой связи, а также в целях операционного учета и проведения анализа страховых рисков. Страховщик обязуется обеспечить конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

С условиями Договора страхования, Правил страхования ознакомлен(а), они мне разъяснены и понятны.

Памятку Застрахованному лицу, экземпляр настоящего заявления и Правила страхования получил(а).

Согласен(-на) с тем, что обязан(а) выполнить обязанности Страхователя, предусмотренные Правилами страхования, за исключением обязанности по перечислению суммы страховой премии на расчетный счет Страховщика.

До распространения на меня действия Договора страхования получил о нем достоверную информацию; ознакомлен с содержанием Ключевого информационного документа (КИД), все положения которого мне полностью понятны; экземпляр КИД получил

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Приложение №4

к Договору коллективного страхования

от несчастных случаев № 001-ГС-000668/23

от «28» июля 2023 года

**Форма Акта сверки расчетов и возврата страховой премии**

Отчетный период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Акт сверки расчетов и возврата страховой премии**

Настоящим **ООО МФК «ЭкспрессДеньги»** и **ООО «Абсолют Страхование»** в соответствии с п. 3.15 Договора коллективного страхования от несчастных случаев №001-ГС-000668/23 от «28» июля 2023 г. (далее – Договор) в связи с ошибочным оформлением Договоров страхования в отношении следующих лиц, не удовлетворяющих требованиям п.1.5. Договора, договорились о возврате Страхователю страховой премии в следующем размере:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | № займа  (полиса) | Сведения о лице, в отношении которого ошибочно оформлен Договор страхования | | | | | Страховая сумма, руб. | Период страхования (включительно) | | Дата заявления Застрахованного лица на возврат денежных средств, уплаченных за присоединение к Договору страхования | Сумма страховой премии, подлежащая возврату со стороны Страховщика, руб. |
| Фамилия, имя и отчество | Реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер паспорта) | | Дата рождения | Пол (М/Ж) | Дата начала срока | Дата окончания срока |
| 1 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | ИТОГО |  |  |  |  |  |

Настоящий Акт является неотъемлемой частью Договора, заключенного между Страхователем и Страховщиком.

ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| СТРАХОВАТЕЛЬ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | СТРАХОВЩИК  ООО «Абсолют Страхование» |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| м.п. | м.п. |
|  |  |
| **ФОРМА СОГЛАСОВАНА:** | |
| **ОТ СТРАХОВАТЕЛЯ** | **ОТ СТРАХОВЩИКА** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Соколов В.В.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Якунина О.В.** |
| **м.п.** | **м.п.** |

Приложение №5

к Договору коллективного страхования

от несчастных случаев № 001-ГС-000668/23

от «28» июля 2023 года

**Форма Памятки застрахованному лицу**

**ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ (форма)**

Настоящая Памятка содержит выдержку из условий Договора коллективного страхования от несчастных случаев № 001-ГС-000668/23 от «28» июля 2023г. (далее – Договор), заключенного между ООО «Абсолют Страхование» (далее – Страховщик) и **ООО МФК «ЭкспрессДеньги»** (далее – Страхователь) на условиях Правил добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней в редакции, действующей на дату заключения Договора, являющихся неотъемлемой частью Договора.

**Заключение в отношении Застрахованного данного договора не является необходимым условием выдачи займа Застрахованному.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:** | *Фамилия, имя, отчество дата рождения* |
| *Паспорт: серия, №* |
| **ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ** | Застрахованное лицо или его законные наследники |
| **СТРАХОВЫЕ РИСКИ** | - Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Смерть в результате НС»);  - Инвалидность Застрахованного I или II группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Инвалидность I, II группы в результате НС»). |
| **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** | Российская Федерация |
| **СТРАХОВАЯ СУММА** | * \_*цифрами*\_\_\_\_\_\_ ( \_\_*прописью*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, \_\_\_коп. |
| **ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ:** | с 00.00 часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по 23.59 часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. включительно. |

**Что делать, если произошло страховое событие?**

Если произошло страховое событие Застрахованному лицу или его представителям необходимо уведомить Страхователя и Страховщика об этом любым доступным способом в разумные сроки, но не позже, чем в течение 30 (Тридцати) дней с момента, когда стало известно о наступлении страхового события.

Далее необходимо предоставить Страховщику следующие документы (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

В случае Смерти в результате НС:

а) свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица;

б) документ, содержащий данные о причине смерти Застрахованного лица и наличии (отсутствии) алкогольного, наркотического опьянения (Акт вскрытия либо выписка из него, заключение судебно-медицинской экспертизы либо выписка из нее, медицинское свидетельство о смерти Застрахованного (если вскрытие не производилось);

в) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если смерть Застрахованного наступила в результате несчастного случая на производстве), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующем о факте и обстоятельствах события, повлекшего смерть Застрахованного лица (при наступлении страхового случая в результате несчастного случая);

г) свидетельство о праве на наследство (при получении страховой выплаты наследниками Застрахованного или наследниками Выгодоприобретателя);

д) документ, подтверждающий родство либо факт усыновления/опекунства/попечительства (при получении страховой выплаты законными представителями Застрахованного);

е) документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя/наследника.

В случае Инвалидности I, II группы в результате НС:

а) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения производственной травмы), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью (в случае наступления страхового случая в результате несчастного случая);

б) заключение соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством РФ, об установлении группы инвалидности;

в) документы, подтверждающие причинно-следственную связь между произошедшим несчастным случаем и установлением инвалидности (копия амбулаторной карты или истории болезни, выписка из амбулаторной карты или истории болезни, направление на медико-социальную экспертизу, акт медико-социальной экспертизы и др.);

г) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз (по требованию Страховщика);

д) документ, подтверждающий родство либо факт усыновления/опекунства/попечительства (при получении страховой выплаты законными представителями Застрахованного);

е) документ, удостоверяющий личность.

Информация о порядке отключения от программы:

Застрахованное лицо может в одностороннем внесудебном порядке расторгнуть (прекратить) Договор страхования в отношении себя, уведомив об этом Страхователя. При этом:

- в случае обращения Застрахованного лица в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подачи Заявления на страхование, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, сумма уплаченной страховой премии и уплаченного вознаграждения за организацию страхования (плата за присоединение к Договору страхования) подлежит возврату в полном объеме. Возврат денежных средств осуществляет Страхователь в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения письменного заявления об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования;

- в случае обращения Застрахованного лица в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подачи настоящего Заявления, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая и при условии предоставления документа, подтверждающего факт полного досрочного погашения займа, часть уплаченной страховой премии подлежит возврату. Расчет части страховой премии, подлежащей возврату, осуществляется пропорционально времени, в течение которого Застрахованное лицо являлось таковым по Договору к данному моменту.

Обязательства перед Застрахованным лицом по Договору несет Страховщик – страховая компания ООО «Абсолют Страхование».

Контакты Страховой компании:

Адрес: 115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 26

Телефон: 8 (495) 025-77-77 для Москвы и Московской области, 8 (800) 200-18-38 для регионов (звонок бесплатный)

**Согласовано Сторонами в качестве образца**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ОТ СТРАХОВАТЕЛЯ** |  | **ОТ СТРАХОВЩИКА** |
| **ООО МФК «ЭкспрессДеньги»**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ **Соколов В.В.**  М.П. |  | **ООО «Абсолют Страхование»**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / **Якунина О.В.**  М.П. |

Приложение №6

к Договору коллективного страхования

от несчастных случаев № 001-ГС-000668/23

от «28» июля 2023 года

**Форма КИД**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ключевой информационный документ по страхованию жизни и здоровья заемщиков подготовлен на основании Правил добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней ООО «Абсолют Страхование», утвержденных приказом генерального директора, в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее – Правила страхования)** | | | | | | |  |
| **Кредитор:** | **ООО МФК «ЭкспрессДеньги»** | | **Страховщик:** | | **ООО "Абсолют Страхование"** | | |
| **Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?** | | | | | | | |
| **Основные риски** (которые **влияют** на условия потребительского кредита (займа) или по которым **Кредитор является Выгодоприобретателем,** далее – Основные риски) **- отсутствуют** | | | | | | | |
| **Дополнительные риски** (которые **не влияют** на условия потребительского займа и по которым **Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо,** либо его наследники (далее - дополнительные риски)). | | | | | | | |
| **1. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая,** произошедшего в течение срока действия Полиса**; 2. Инвалидность I, II группы Застрахованного в результате несчастного случая,** произошедшего в течение срока действия Полиса | | | | **\_** | | руб. - страховая премия за Дополнительные риски | |
| **Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?** | | | | | | | |
| 1. Событие, наступившее в результате алкогольного, наркотического или токсического опьянения (отравления) Застрахованного. 2. Событие, наступившее вследствие заболевания Застрахованного лица.  3. Событие, наступившее вследствие умысла страхователя, выгодоприобретателя, застрахованного лица (в том числе самоубийство). 4. Событие, наступившее вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. 5. Событие возникшее в результате военных действий, а так же маневров или иных военных мероприятий и их последствий. 6. Событие, наступившее вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. 7. Событие, наступившее вследствие занятия экстремальными видами спорта, катания на горных лыжах, сноуборде, прыжков с парашютом, полетов на дельтаплане или параплане, пилотирования летательных аппаратов, скалолазания, альпинизма, дайвинга, автоспорта, мотоспорта, любых единоборств, которые не были заявлены Страховщику при заключении Полиса или в период действия Полиса до начала занятий указанными видами спорта. | | | | | | | |
|
|
| **Раздел III. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?** | | | | | | | |
| **Для получения страховой выплаты по страхованию от несчастных случаев требуется представить следующие документы:**  1. Заявление о страховой выплате; 2. Документ, удостоверяющий личность;  3. Договор страхования (Полис); 4. По риску "Смерть": Свидетельство или справку о смерти; документы из медицинского учреждения и/или компетентных органов, подтверждающие диагноз, причину смерти и/или обстоятельства ее наступления.  Если страховая выплата производится наследникам Застрахованного лица – документ, подтверждающий вступление наследников Застрахованного лица в права наследования на страховую выплату, свидетельство о праве на наследство. 5. По риску "Инвалидность": Заключение или справку медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности; документы из медицинского учреждения, подтверждающие факт обращения за медицинской помощью в результате несчастного случая или заболевания, установленный диагноз, дату его установления; листок нетрудоспособности, содержащий отметку об установлении I или II группы инвалидности; документы из медицинского учреждения, подтверждающие диагноз заболевания, в результате которого была установлена инвалидность, дату его первичного установления и дату установления диагноза обострения хронического заболевания. Страховая выплата осуществляется в течение 30 календарных дней со дня представления указанных документов. | | | | | | | |
|
| **Раздел IV. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?** | | | | | | | |
| **Основания для возврата страховой премии** | | | **Сумма возврата страховой премии** | | | | |
| Отказ от добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня выражения согласия на включение в число застрахованных лиц | | | 100% стоимости страхования | | | | |
| Отказ от добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования | | | 100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование | | | | |
| Полное досрочное погашение кредита (займа) | | |
| **В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.** Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения соответствующего заявления. | | | | | | | |
| **Раздел V. КАК ПОВЛИЯЕТ ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ НА КРЕДИТ (ЗАЕМ)?** | | | | | | | |
| Отказ от страхования не влияет на условия договора потребительского кредита (займа). | | | | | | | |
| **Раздел VI. КУДА ОБРАЩАТЬСЯ?** | | | | | | | |
| Заявления об отказе от страхования, о возврате стоимости страхования, иные сообщения могут быть направлены: | | | | | | | |
| **Кредитору по адресу:** | |  | | | | | |
| **Страховщику по адресу:** | | 115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 26 | | | | | |
| **Раздел VII. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?** | | | | | | | |
| 1. Направить кредитору (страховщику) заявление (претензию) в письменной форме. 2. Если кредитор (страховщик) не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000,00 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг: сайт: www.finombudsman.ru; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3. Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно. | | | | | | | |

Приложение №7

к Договору коллективного страхования

от несчастных случаев № 001-ГС-000668/23

от «28» июля 2023 года

**Формы Памяток по сервисным услугам**

**Памятки по сервисным услугам**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПАМЯТКА ДЛЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ (ФОРМА 1)** | | | | | |
| Настоящая Памятка выдается к Полису от несчастных случаев № | |  | от |  | (далее –Полис), |
| заключенного между ООО «Абсолют Страхование» (далее – Страховщик) и | |  | (далее – Страхователь/Застрахованный) | | |
| на условиях Правил добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней в редакции, действующей на дату заключения Полиса, являющихся неотъемлемой частью Полиса. | | | | | |
| К Полису выдан сертификат | Воспользоваться им можно не ранее 15ого дня после оплаты страховой премии | | | | |
| **Порядок** | | | | | |
| Что делать, чтобы воспользоваться услугой Телемедицины?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Для дистанционного взаимодействия с врачами необходимо:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**СЕРТИФИКАТ (ФОРМА 2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дополнительно к Полису страхования от несчастных случаев № | |  | от |  | (далее -Полис) |
| заключенного между ООО «Абсолют Страхование» (далее – Страховщик) и | |  | (далее – Страхователь/Застрахованный) | | |
| В подтверждение того, что дополнительно к Полису владельцу сертификата предоставляются следующие услуги Исполнителем услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с партнерской программой с ООО «Абсолют Страхование»: | | | | | |
| **Владелец Сертификата** | *указать ФИО* | | | | |
| **Описание дополнительных услуг** | | | | | |
| Что делать, чтобы получить юридическую консультацию?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |