

СТРАХОВОЙ СЕРТИФИКАТ № <LRMXXXXXXX>

Программа: Дожитие до события недобровольной потери работы и временная нетрудоспособность в результате несчастного случая и болезни
Серия: КСИ2

Страховщик: Акционерное общество «Страховая компания МетЛайф»
Страхователь/Застрахованное лицо: <ФИО полностью>
Дата рождения Застрахованного лица: < . . >
Паспортные данные Застрахованного лица: <серия и номер>, выдан <дата выдачи и кем выдан>
План страхования: (указывается название одного из 4-х планов страхования)
Страховая премия: _____ руб.
Срок действия Договора страхования: _____ мес. (с . . 20__ г. по . . 20__ г.) включительно
Выгодоприобретатель: Застрахованное лицо
Дата подписания Договора страхования: _____ . _____ . 20__ г.

Страховая сумма: При заключении Договора страхования Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и составляет <сумма цифрами> руб. Максимальный размер Страховой суммы (лимит ответственности Страховщика) по всем Договорам страхования в отношении данного Застрахованного лица не может превышать 500 000 (пятисот тысяч) рублей.

Страховщик при наступлении с Застрахованным лицом событий, указанных ниже, и признании их Страховым случаем, принимает на себя обязательства осуществить Страховую выплату Выгодоприобретателю в соответствии с условиями настоящего Договора страхования. Настоящим Страховым сертификатом подтверждается заключение Договора страхования на основании Полисных условий страхования от 01.03.2016, далее по тексту «Полисные условия».

| Страховые события | Размер Страховой выплаты |
|---|---|
| Временная нетрудоспособность Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни: | 10% от Страховой суммы, но не более 15 000,00 (пятнадцати тысяч) рублей в месяц, в соответствии с пунктом 5.2.1 Полисных условий страхования. |
| Дожитие до события недобровольной потери работы Застрахованного лица: | 10% от Страховой суммы, но не более 15 000,00 (пятнадцати тысяч) рублей в месяц, в соответствии с пунктом 5.2.3 Полисных условий страхования. |

Вышеуказанные события не признаются Страховыми случаями, если они произошли по причинам, указанным в разделе 6 Полисных условий страхования. Согласно условиям Договора страхования инвалидность II и III группы не является Постоянной полной нетрудоспособностью, кроме случаев, указанных в разделе 1 Полисных условий страхования.

Страховая премия по Договору страхования подлежит оплате Страхователем одновременно, не позднее, чем в течение 5 (пяти) календарных дней с даты подписания Договора страхования, на расчетный счет Страховщика или представителя Страховщика. Страховая премия оплачивается в российских рублях. Если Страховая премия не будет оплачена в срок, установленный в настоящем Страховом сертификате, Договор страхования считается незаключенным.

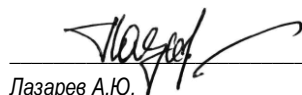
Настоящим я подтверждаю, что мне разъяснено мое право отказаться от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты его заключения путем подачи письменного заявления Страховщику. При этом уплаченная мною страховая премия подлежит возврату в полном объеме.

Факсимильное (с помощью средств механического или иного копирования) воспроизведение подписи и печати Страховщика на всех документах, подписываемых со стороны Страховщика, стороны считают надлежащей подписью и печатью для закрепления правовых взаимоотношений.

Страховщик назначает лицом, уполномоченным на получение в безналичном порядке страховой премии по настоящему договору страхования (в целях последующих расчетов со Страховщиком), АО "Кредит Европа Банк" (банковские реквизиты: ИНН 7705148464, КПП 774401001, БИК 044525767, к/с 3010 1810 9000 0000 0767 в ОПЕРУ Москва, счет 30222810100000090004).

Настоящий Страховой сертификат состоит из 2 (двух) страниц и, подписывая его, я подтверждаю ознакомление с ним, согласие с его условиями, и его получение в полном объеме.

За Страховщика:



Лазарев А.Ю.
 Вице-президент Акционерного общества
 «Страховая компания МетЛайф»



Страхователь:

Подпись Страхователя

ФИО Страхователя


Страховой сертификат № <LRMXXXXXXX> (продолжение)

Подписывая настоящий Страховой сертификат, Страхователь подтверждает, что:

- 1) он согласен с назначением Выгодоприобретателями лиц, указанных выше в настоящем Страховом сертификате;
 - 2) ему разъяснено, что заключение настоящего Договора страхования осуществляется исключительно на добровольной основе и не влияет на какие-либо иные договорные отношения Страхователя с третьими лицами;
 - 3) его возраст не менее 18 лет на дату подписания Договора страхования и не более 64 лет включительно на дату окончания договора страхования; он не является инвалидом I или II группы, полностью или частично нетрудоспособным по причине несчастного случая или болезни; не страдает хроническими заболеваниями, требующими оказания медицинской помощи на регулярной основе; не является лицом, страдающим психическими заболеваниями и/или расстройствами, больным СПИДом или ВИЧ-инфицированным и ему никогда не сообщалось об этом факте; у него не было положительного результата на антитела к ВИЧ; не находится и не находился на стационарном лечении в течение 15 (пятнадцати) и более последовательных дней за последние 2 (два) года; не намеревается проходить медицинские обследования, лечение или подвергнуться хирургическому вмешательству; не проходил лечения от алкоголизма, наркомании, рака, психических или нервных расстройств, инсульта, инфаркта, гепатита, грыжи, а также не страдает сердечной недостаточностью третьей стадии, циррозом печени, терминальной почечной недостаточностью, туберкулезом или астмой третьей степени тяжести;
 - 4) он осведомлен, что Договор страхования в части риска «Дожитие до события недобровольной потери работы» действует при условии, что на момент возникновения страхового события: он осуществляет трудовую деятельность на основании трудового договора, на условиях полного рабочего дня (полной рабочей недели), а также если он не зарегистрирован в качестве индивидуального предпринимателя, частного адвоката, частного нотариуса и не имеет иного аналогичного статуса, не имеет права на получение государственной пенсии по старости, не находится в отпуске по беременности и родам, не находится в отпуске без сохранения заработной платы, не проходит испытание для приема на работу, не работает по срочному трудовому договору;
 - 5) в случае предоставления ложных сведений по пункту 3 настоящих Дополнительных условий Договор страхования может быть признан недействительным в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
 - 6) Страховщик с целью оценки возможных рисков при необходимости может собирать любую информацию по указанному в Сертификате событию, включая медицинскую информацию о здоровье Застрахованного лица в любых учреждениях в соответствии с законодательством Российской Федерации. Также Страхователь разрешает любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о его здоровье, здоровье Застрахованного лица, об истории заболевания или травмы, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять такую информацию в АО «МетЛайф»;
 - 7) он получил Полисные условия страхования по программе Дожитие до события недобровольной потери работы и временная нетрудоспособность в результате несчастного случая и болезни от 01.03.2016г., что он с ними ознакомился и соглашается со всеми пунктами без исключения. Страхователь также подтверждает, что он осведомлен о том, что страхование не действует в отношении последствий заболеваний либо несчастного случая, произошедших до даты подписания Договора страхования;
 - 8) он предоставляет Страховщику и его контрагентам право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу и трансграничную передачу в страны, как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую защиту), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству, способом (в том числе без использования средств автоматизации) всех его персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии его здоровья) в целях исполнения Договора страхования. При этом такое согласие дается Страховщику на срок действия Договора страхования и в течение 5 лет после истечения срока его действия и может быть отозвано Страхователем в любое время после окончания действия Договора страхования путем передачи Страховщику подписанного Страхователем письменного уведомления;
 - 9) он получил полную и подробную информацию в соответствии со статьями 3, 6 и 8 Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ» от 27.11.1997 года №4015-ФЗ, включая полную и подробную информацию об условиях страхования;
 - 10) он, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являются лицами, в отношении которых установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского союза, США и иных стран и организаций, а также не является лицом (-ами), внесенным (-и) в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемыми указанными странами и организациями, и соглашается с тем, что предоставление страхового покрытия, Страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение;
 - 11) не является иностранным публичным должностным лицом* или родственником иностранного публичного должностного лица. В ином случае он обязуется заполнить «Заявление о принятии на обслуживание иностранного публичного должностного лица» или «Уведомление о родстве с иностранным публичным должностным лицом»;
 - 12) не является лицом, в отношении которого уполномоченными органами в соответствии с законодательством Российской Федерации или законодательством иных стран принято решение о включении в списки/перечни лиц, сделки с которыми ограничены или запрещены.
- Во всем, что не предусмотрено условиями настоящего Страхового сертификата, Страховщик и Страхователь руководствуются положениями Полисных условий страхования и законодательства Российской Федерации. В случае противоречий между Полисными условиями страхования и Страховым сертификатом преимущество имеет Страховой сертификат.

* Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.

За Страховщика:


Лазарев А.Ю.
Вице-президент Акционерного общества
«Страховая компания МетЛайф»



Страхователь:

Подпись Страхователя

ФИО Страхователя

Акционерное общество «Страховая компания МетЛайф», входит в группу компаний MetLife Inc.
Лицензии СЛ №3256, СЖ №3256, ПС №3256 выданы Банком России
127015, г. Москва, ул. Бутырская, д.76, строение 1. Тел. (495) 937-5995. Факс (495) 937-5999
Центр обслуживания клиентов: 8 (495) 232-2828; 8 (800) 510-3-510 - бесплатно по России
E-mail: feedback@metlife.ru, www.metlife.ru