



ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЕ
ОБЩЕСТВО ВЗАИМНОГО СТРАХОВАНИЯ
ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ЗАСТРОЙЩИКОВ

ул. Авиамоторная, д. 10, корп. 2, г. Москва, 111024
телефон/факс: +7 (495) 777-54-52, e-mail: info@ovsz.ru
ИНН 7722401371

Генеральному директору
ООО «АЛЬФАГРУППИНВЕСТ»
А.В. Лысенко

31.05.2017 № 10-2125/17
на № 23/05/17-01 от 23.05.2017

ул. Шелкунова, д. 1, г. Севастополь,
299028

*Об условиях заключения
договора страхования*

В НКО «ПОВС застройщиков» (далее – Страховщик) за исх. № 23/05/17-01 от 23.05.2017 года, за вх. № К1-2647/17 от 25.05.2017 года поступило заявление ООО «АЛЬФАГРУППИНВЕСТ» (далее - Заявитель) о заключении договора страхования гражданской ответственности застройщика за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по передаче жилого помещения по договору участия в долевом строительстве (далее – Договор страхования) в рамках реализации следующих объектов строительства: **«Комплекс многоквартирных домов с объектами соцкультбыта» 2 очередь ПК-3, ПК-4, адрес: г. Севастополь, Нахимовский район, ул. Горпищенко, 143**

Рассмотрев указанное заявление, Страховщик сообщает следующее.

В целях заключения Договора страхования Страховщик произвел экспертизу представленных документов и расчет страхового тарифа, который составил:

- в отношении каждого ДУДС (годовой) – **1,597%**
- в отношении каждого дома (годовой) – **1,398%**

Срок, на который Страховщик предлагает заключить Договор страхования, - до 31.12.2020 года.

Страховщик также сообщает о необходимости представления Заявителем заключения уполномоченного органа исполнительной власти субъекта РФ о соответствии застройщика и проектной декларации требованиям, установленным частью 2 статьи 3, статьями 20 и 21 Федерального закона от 30.12.2004 N 214-ФЗ «Об участии в долевом строительстве многоквартирных домов и иных объектов недвижимости и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации».

Договор страхования может быть заключен между Страховщиком и Заявителем после предоставления Заявителем названного выше заключения уполномоченного органа Страховщику. Заключение может быть направлено в виде скан-копии по адресу электронной почты tarif@ovsz.ru с последующим предоставлением указанного документа в адрес Общества на бумажном носителе в надлежащем образом заверенной копии.

Условия договора страхования, указанные в настоящем письме, действительны для заключения первого договора страхования в течение трех месяцев с момента направления данного письма Заявителю.

В течение указанного срока просим выразить свое согласие или отказ от заключения Договора страхования. Согласие или отказ могут быть выражены Заявителем в письменной форме или путем направления письма на адрес электронной почты Страховщика YUFO-POLIS@OVSZ.RU.

Согласие Заявителя может быть также выражено направлением Заявителем на указанный выше электронный адрес Страховщика документов, необходимых для заключения Договора страхования.

Согласие Заявителя является основанием для подготовки и заключения Договора страхования при соблюдении Заявителем указанных в настоящем письме условий.

Молчание Заявителя в установленный выше срок расценивается Страховщиком как отказ от заключения Договора страхования.

При предоставлении Заявителем ответа как в письменном виде, так и в виде электронного сообщения ссылка на исходящий номер данного письма обязательна.

С уважением,
Руководитель
Департамента андеррайтинга и инвестиций



Г.И. Карав