

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ «ВИТА СУПЕРДОК»



Доверие ведёт к Согласию
www.soglasie-vita.ru 8 800 755 00 01

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Комбинированных правил страхования «Вита СуперДок» (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») ООО СК «Согласие-Вита» (далее по тексту – «Страховщик») заключает следующие договоры добровольного страхования (далее по тексту – «Договор(-ы)» или «Договор(-ы) страхования»): договоры страхования жизни, договоры добровольного медицинского страхования или договоры комбинированного страхования жизни и добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры комбинированного страхования»).
- 1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (Страхового полиса), обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования (Страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования (в Страховом полисе).
- 1.3. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде. Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.
- 1.4. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования.
- 1.5. В настоящих Правилах/Договоре страхования используются следующие определения и термины:
 - 1.5.1. **Основная программа страхования (основная программа)** – один или несколько страховых рисков, описанных в Правилах страхования и Страховом полисе, которые являются неотъемлемой частью Договора страхования. Договор страхования включает основные программы в полном объеме, исключение основной программы из Договора страхования невозможно без расторжения Договора.
 - 1.5.2. **Дополнительная программа страхования (дополнительная программа)** – одна или несколько программ страхования, описанных в Правилах страхования, включение которых в Договор страхования не является обязательным при заключении Договора. Дополнительные программы могут быть включены в Договор при заключении Договора.
 - 1.5.3. **Программа страхования «Выплата»** - тип Основной программы, который позволяет получить денежное возмещение, определенное Договором страхования в результате реализации страхового события, если Договором не предусмотрено иное.
 - 1.5.4. **Программа страхования «Лечение»** - тип Основной программы, который позволяет получить медицинское обследование и/или лечение в результате реализации страхового события согласно условиям Договора страхования, если не предусмотрено иное.
 - 1.5.5. **Застрахованное лицо (ЗЛ)** – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.
 - 1.5.6. **Дополнительное Застрахованное лицо (ДЗ)** – физическое лицо, являющееся ребенком Застрахованного лица по Основной программе по закону, в т.ч. усыновленные и находящиеся на иждивении Застрахованного лица или рожденное в течение срока действия Договора. Положения Правил, относящиеся к Застрахованному лицу, в равной мере относятся к Дополнительному Застрахованному лицу, кроме случаев, когда для Дополнительного Застрахованного лица предусмотрены иные условия, отличные от условий для Застрахованного лица.
 - 1.5.7. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Согласие-Вита (ООО СК «Согласие-Вита»)), действующее на основании лицензий ЦБ РФ на осуществления страхования СЖ № 3511 и СЛ № 3511.
 - 1.5.8. **Страхователь** - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.
 - 1.5.9. **Выгодоприобретатель** - одно или несколько лиц, в пользу которых заключен Договор страхования, и которое(-ые) обладает(-ют) правом на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая.
 - 1.5.10. **Страховой полис** – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования.
 - 1.5.11. **Страховой взнос** — часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку в соответствии с условиями Договора страхования.
 - 1.5.12. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.
 - 1.5.13. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, используемая для расчета страховой

премии. Страховой тариф по конкретному договору страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем.

Страховой тариф зависит от состояния здоровья, пола, возраста Застрахованного лица, особенностей его трудовой деятельности, иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая, набора страховых рисков, срока страхования, периода ожидания, периодичности оплаты страховых взносов, иных условий страхования, а также может зависеть от гарантированной нормы доходности, определенной Страховщиком.

- 1.5.14. **Льготный период** – если иное не предусмотрено Договором страхования, - период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения Договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой). При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим с даты, предшествующей дате начала льготного периода. Договором страхования может быть предусмотрено, что льготный период не устанавливается.
- 1.5.15. **Платежное поручение** – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты страховой премии (страхового взноса), который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 1.5.16. **Страховая сумма** – денежная сумма, определенная в порядке, установленном Договором страхования, исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 1.5.17. **Страховая выплата** - по страховому риску, предусмотренному п. 3.1.2 Правил страхования, - сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного страховым случаем. При наступлении страхового случая по страховому риску, предусмотренному п. 3.1.1 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС Застрахованного лица.
- 1.5.18. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.
- 1.5.19. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- 1.5.20. **Срок страхования** – период действия Договора страхования, при наступлении страхового случая во время которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате). Условиями Договора страхования может быть специально оговорен срок страхования в отношении отдельных программ страхования/страховых рисков.
- 1.5.21. **Врач** – специалист с окончанным высшим медицинским образованием, имеющим юридическое право заниматься лечебно-профилактической деятельностью.
- 1.5.22. **Заболевание** – нарушение здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем и впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления Договора страхования в силу за исключением заболеваний, о наличии которых Страховщик был уведомлен в письменном виде Страхователем и/или Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования.
- 1.5.23. **Предшествовавшее состояние** – любое нарушение здоровья Застрахованного лица, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное и/или не диагностированное, но о существовании которого подозревали, и/или о котором Застрахованное лицо должно было знать по имеющимся проявлениям или признакам, в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного лица произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.5.24. **Смертельно опасное заболевание** – впервые диагностированное в течение срока страхования (после истечения периода ожидания, если установлен Договором, и если иное не предусмотрено Договором) заболевание или проведение хирургического вмешательства, предусмотренное Правилами страхования (включая Приложения к ним)/Договором страхования (Приложением к нему).
- 1.5.25. **Годовщина действия Договора страхования (или «Полисная годовщина»)** – число и месяц даты вступления Договора страхования в силу. При этом если годовщина действия Договора страхования приходится на месяц, в котором нет соответствующего числа, то датой полисной годовщины считается последний день этого месяца.
- 1.5.26. **Полисный год** - полный год действия Договора страхования. Отсчет лет ведется с даты вступления Договора страхования в силу.
- 1.5.27. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая приложения к нему) по страховому (-ым) риску (-ам) / по страховому (-ым) случаю (-ям) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству обращений и т.п.).

- 1.5.28. Под Медицинскими услугами и иными услугами в настоящих Правилах страхования (включая Приложения) понимаются:
- 1.5.28.1 **Медицинские услуги** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования.
- 1.5.28.2. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по транспортировке, в том числе, по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования.
- 1.5.29. Под **Медицинскими организациями** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии (или иного документа, на основании которого разрешено осуществление медицинской деятельности, выданного в соответствии с законодательством страны, в которой оно располагается (если применимо)), а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – «медицинские организации»);
- 1.5.30. Под **Иными организациями** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:
- 1.5.30.1. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);
- 1.5.30.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – **Сервисные компании** или **Ассистанс-компании**).
- 1.5.31. **Медицинская помощь** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.
- 1.5.32. **Программа добровольного медицинского страхования (также может именоваться Программа ДМС)** – документ, являющийся приложением к Правилам страхования и неотъемлемой частью Договора страхования, предусматривающего соответствующий страховой риск, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, предусматривающему соответствующий страховой риск, а также порядок их оказания.
- 1.5.33. **Период ожидания** — период времени, который может устанавливаться Договором страхования, исчисляемый с даты начала срока действия Договора страхования или с другой даты, указанной в Договоре страхования. Событие, произошедшее в течение такого периода времени, не является страховым случаем (согласно разделу 4 Правил страхования).
- 1.5.34. **Период охлаждения** — период времени, начинающийся со дня заключения Договора страхования, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования, а Страховщик обязан вернуть уплаченные денежные средства/часть денежных средств в порядке, установленном в разделе 8 настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней, если иной срок не установлен действующим законодательством Российской Федерации или если Договором страхования не предусмотрен иной срок, не противоречащий действующему законодательству Российской Федерации. Если действующим законодательством Российской Федерации не установлен срок, в течение которого Страхователь вправе отказаться от заключенного Договора страхования, а Страховщик обязан вернуть уплаченные денежные средства/часть денежных средств, то период охлаждения не устанавливается, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 1.5.35. **Территория страхования** — территория, на которую распространяется действие Договора страхования. По настоящим Правилам территорией страхования определяется весь мир, если Договором страхования не предусмотрено иное.
- 1.5.36. **Территория оказания услуг** – территория, на которой Застрахованному(-ым) лицу(-ам) могут быть организованы и оказаны медицинские и иные услуги.
- 1.5.37. **Форс-мажор** — обстоятельства непреодолимой силы: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, природные катастрофы и катаклизмы.
- 1.6. Приложениями к Правилам страхования могут быть предусмотрены дополнительные термины, не указанные в настоящем разделе.
- 1.7. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке. По соглашению Сторон в Договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется

по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) соглашением Сторон.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектами страхования являются:
- 2.1.1. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.1.2 Правил страхования: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с наступлением предусмотренного п. 3.1.2 Правил события (подп. 1 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – страхование жизни);
- 2.1.2. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.1.1 Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (подп. 5 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – медицинское страхование).
- 2.2. В договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию жизни и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ

- 3.1. В соответствии с настоящими Правилами Договор страхования может быть заключен с ответственностью по следующим страховым рискам (предполагаемым событиям, на случай наступления которых проводится страхование):
- 3.1.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных **программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа, Программа ДМС)** Застрахованного лица, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, и/или (если применимо к Договору страхования в зависимости от Программы) для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, если такое обращение Застрахованного лица влечет возникновение обязательства Страховщика по оплате медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 Правил страхования) (**также именуется «Обращение по программе ДМС»**), которая может содержать в себе одну, несколько Программ или все Программы из числа следующих (в зависимости от того, какая Программа предусмотрена для Застрахованного лица в Договоре страхования):
- **Программа ДМС №1.1 «Лечение онкологических заболеваний»;**
 - **Программа ДМС №1.2 «Второе медицинское мнение»;**
 - **Программа ДМС №1.3 «Чек-ап»;**
 - **Программа ДМС №1.4 «Лечение критических заболеваний»;**
 - **Программа ДМС №1.5 «Лечение онкологических заболеваний. Расширенная»;**
 - **Программа ДМС №1.6 «Онлайн консультации (Телемедицина)»;**
 - **Программа ДМС №1.7 «Персональная клиника»;**
 - **Программа ДМС №1.8 «Генетическое тестирование».**
- 3.1.2. **Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания** (как оно определено настоящими Правилами) у Застрахованного лица (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 Правил страхования) (**также именуется «СОЗ»**).
- 3.2. Страховыми случаями являются совершившиеся события, соответствующие указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.2 Правил страхования страховым рискам, за исключением событий, перечисленных в разделе 4 Правил страхования.
- 3.3. Перечень страховых программ/страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Страховым полисом.

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ

- 4.1. Не являются страховыми случаями события, наступившие:
- 4.1.1. В результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний / несчастного случая при заключении Договора страхования;

- 4.1.2. В результате и/или во время участия Застрахованного лица в столкновениях (иных приравниваемых к ним событиях), нарушениях общественного порядка, в совершении террористического акта;
- 4.1.3. В результате отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);
- 4.1.4. В результате и/или во время управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 4.1.5. Во время пребывания в местах лишения свободы;
- 4.1.6. В результате и/или во время непосредственного участия Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнотружущего либо гражданского служащего;
- 4.1.7. Вследствие полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
- 4.1.8. В результате и/или во время занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятия следующими видами спорта / увлечениями (вне зависимости от уровня): авто/мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, прыжки с канатом), альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, катание на моторном катере, гребля на байдарках, каноэ, каяке;
- 4.1.9. В результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;
- 4.1.10. Вследствие обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, если при этом не была надлежащим образом исполнена обязанность, предусмотренная п. 6.3. настоящих Правил страхования;
- 4.1.11. До истечения периода ожидания, установленного Договором;
- 4.2. По страховому риску, указанному в п. 3.1.1 Правил, не являются страховыми случаями события, указанные в качестве исключений в Программе ДМС.
- 4.3. По соглашению Сторон Договором страхования и/или Программой ДМС может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в Правилах (в т.ч. от указанного в Приложениях к Правилам), и Стороны могут предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и(или) сократить данный перечень, и (или) дополнить его иными положениями.
- 4.4. События, предусмотренные п.п. 4.1 – 4.3 Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 5.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования (Страховом полисе).
- 5.2. Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску и/или в виде единой суммы по определенным страховым рискам. Если иное не предусмотрено Договором страхования и/или настоящими Правилами страхования, страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.
- 5.3. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте или одновременно в рублях РФ и в иностранной валюте.
При установлении страховой суммы (в т.ч. частично) в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, сумма в рублях устанавливается по официальному курсу Центрального банка РФ на дату заключения договора страхования, если Договором страхования не определены иной курс и (или) иная дата его установления.
- 5.4. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.
- 5.5. Страховая премия оплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и в сроки, установленные Договором страхования.
- 5.6. Если Стороны не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии, при неоплате страховой премии или первого страхового взноса (при оплате в рассрочку) в полном объеме и в установленный срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.
При этом, если оплата производилась в рублях РФ:
 - 5.6.1. возврат денежных средств производится в рублях РФ;
 - 5.6.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем денежная сумма в рублях РФ.
- 5.7. Если иное не установлено Договором страхования, в случае, если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней (при ежегодной рассрочке), продолжительностью 30 (тридцать) календарных дней (при остальной рассрочке); льготный период исчисляется с даты, установленной для оплаты очередного взноса, внесение которого просрочено.

Если до истечения льготного периода (если предусмотрен) или в срок, установленный Договором страхования для оплаты очередного взноса (если льготный период не предусмотрен) очередной страховой взнос не будет оплачен в размере, установленном согласно условиям Договора страхования и Правил страхования, Договор страхования (права и обязанности сторон, установленные Договором страхования), прекращается в 23 часа 59 минут последнего дня действия льготного периода (если предусмотрен) или, если льготный период не предусмотрен, с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, установленной для оплаты очередного страхового взноса, который не был оплачен в установленный Договором страхования срок в размере, установленном согласно условиям Договора страхования и Правил страхования.

Договором страхования могут быть установлены последствия неуплаты очередного страхового взноса в сроки и в размере, установленные Договором страхования, отличные от указанных в настоящем пункте Правил.

- 5.8. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 6.1. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

6.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования, составленный на бумажном носителе, скрепляется собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи Страхователя/уполномоченного лица Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение; при этом договор страхования составляется в двух экземплярах. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписывается в соответствии с требованиями действующего законодательства;

6.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования/оплатой страховой премии (первого страхового взноса). Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика;

6.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

- 6.2. Для заключения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены:

6.2.1. Письменное Заявление по установленной Страховщиком форме (с приложениями и дополнениями к нему, если предусмотрены, и если Договор страхования заключается на основании письменного заявления);

6.2.2. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя), а также их представителей (персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.; документы, удостоверяющие личность, для физических лиц; документы о государственной регистрации; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом, Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) и учредительные документы для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки, и др.);

6.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.

6.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

6.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.6. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе.

6.2.7. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).

6.2.8. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.9. Сведения и/или документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные п. 6.3 настоящих Правил (если применимо);

- 6.2.10. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.);
- 6.2.11. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные;
- 6.2.12. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).
- 6.2.13. Сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости)
- 6.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страховых рисков и может при этом:
- 6.3.1. запросить следующие сведения в отношении Застрахованного лица:
- а) возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;
 - б) сведения о диспансерном учете;
 - в) сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации) / сведения, связанные с беременностью (для женщин));
 - г) сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
 - д) сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т.ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));
 - е) сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);
 - ж) сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств), справка о доходах физического лица по форме 2-НДФЛ, налоговая декларация по налогу на доходы физических лиц по форме 3-НДФЛ);
 - з) сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
 - и) сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);
 - к) сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
 - л) сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
 - м) сведения об иждивенцах;
 - н) сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т.ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль);
- 6.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра / обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья, в т. ч. в учреждении по выбору и за счет Страховщика. При заключении Договора Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). Сообщение Страхователем обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, может производиться, в том числе, путем указания/подтверждения (в том числе путем подписания и/или оплаты) Страхователем сведений в заявлении на страхование, в Договоре страхования и в других документах/формах/опросниках/декларациях (в т.ч. в электронном виде).
- 6.4. Форма предоставления указанных в п. 6.2 и 6.3 настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 6.2 и 6.3 настоящих Правил перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иные документы и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).
- 6.5. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признание Договора страхования недействительным.
- Если Страхователем (Застрахованным лицом) указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 6.2 и 6.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос о заключении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов. О необходимости предоставления недостающих сведений / документов Страховщик уведомляет Страхователя.

- 6.6. Подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.
- Подписание Страховщиком документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.
- 6.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:
- 6.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе);
- 6.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 6.12 настоящих Правил страхования (при наличии);
- 6.7.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.
- При изменении контактных данных Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления с курьером или посредством почтовой связи; в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением.
- Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) сообщения (в т. ч. предусмотренные пп. 12.1.2 Правил страхования) посредством СМС-сообщений / сообщений по электронной почте на номер мобильного телефона / адрес электронной почты, которые указаны Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе в личном кабинете. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.
- 6.8. Вся информация о текущем состоянии Договора страхования при ее предоставлении Страховщиком может предоставляться в личном кабинете с индивидуальным доступом Страхователя. Изменения в Договоре страхования вносятся в форме и в порядке, предусмотренные настоящими Правилами страхования / Договором страхования (для случаев, когда предусмотрены), законодательством Российской Федерации.
- Договором страхования может быть установлен обязательный для Страхователя срок предварительного обращения к Страховщику по вопросу внесения изменений в Договор страхования и/или иные положения, уточняющие порядок внесения изменений (например, условие о том, что внесение изменений возможно только в годовщину действия Договора страхования).
- 6.9. Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) внесения изменений в Договор страхования (если установлены), а также оставляет вправе отказать Страхователю в изменении условий страхования.
- 6.10. В период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и/или документов согласно п. 6.2, 6.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 6.4 Правил.
- Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.
- К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятиях спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.); сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий.
- Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 6.11. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или информации, предоставленной Страхователем (в том числе для заключения Договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

- 6.12. В случае утери Страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает его дубликат, после чего утраченный Страховой полис считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.
- 6.13. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты) и связанных с ними документов / сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и направления указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства / с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Срок действия Договора страхования определяется по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.
- 7.2. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для Сторон с даты, определенной в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен договором страхования.
- 7.3. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, срок действия договора страхования начинается исчисляться с 00 часов 00 минут даты вступления договора страхования в силу и оканчивается в 23 часа 59 минут 59 секунд последнего дня его действия.
- 7.4. Даты и время начала и окончания срока страхования совпадают с датами и временем начала и окончания действия Договора страхования соответственно, кроме случаев, когда Договором страхования предусмотрены иные сроки начала и (или) окончания срока страхования (в том числе для отдельных страховых рисков). В случаях, когда Договором страхования предусмотрены иные сроки начала и (или) окончания срока страхования, срок страхования исчисляется следующим образом: с 00 часов 00 минут дня начала срока страхования до 23 часов 59 минут 59 секунд дня окончания срока страхования. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:
- 8.1.1. При выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами страхования и/или договором страхования и/или законодательством Российской Федерации).
- 8.1.2. При одностороннем отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение периода охлаждения. При этом дата прекращения Договора страхования определяется в соответствии с п. 8.8 настоящих Правил.
- 8.1.3. При одностороннем отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования после истечения периода охлаждения. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком как дата, указанная в заявлении Страхователя, но не может быть ранее получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 8.4. Правил страхования, и позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком заявления и документов, предусмотренных п. 8.6. Правил страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.
- 8.1.4. При одностороннем отказе Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком как дата, указанная в заявлении Страхователя, но не может быть ранее получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 8.4. Правил страхования, и позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком заявления и документов, предусмотренных п. 8.6. Правил страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.
- 8.1.5. В случаях и в соответствии с условиями, предусмотренными п. 5.7 Правил страхования.
- 8.1.6. В случае расторжения Договора страхования согласно п. 6.10 настоящих Правил страхования.
- 8.1.7. При одностороннем отказе Страховщика от Договора страхования в соответствии с пп. 12.2.8 настоящих Правил страхования. При этом, если Договором страхования не предусмотрено иное, Договор страхования прекращается на 30 (тридцатый) календарный день после направления Страховщиком письменного заявления Страхователю об отказе от Договора страхования (последний день действия Договора страхования).
- 8.1.8. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе в случае смерти Застрахованного лица, не являющейся страховым случаем.
- 8.1.9. По соглашению Сторон.

- 8.1.10. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 8.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 8.4 Правил, в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя с приложением документов, указанных в п. 8.4 Правил. При этом, если оплата производилась в рублях:
- 8.2.1. Возврат денежных средств производится в рублях РФ;
- 8.2.2. Если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях РФ.
- 8.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при досрочном прекращении договора страхования возврат уплаченной страховой премии (части страховой премии) не производится.
- 8.4. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:
- 8.4.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- 8.4.2. Документ, удостоверяющий личность заявителя (в т. ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплату, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);
- 8.4.3. Справка о подтверждении неполучения социального налогового вычета либо подтверждении факта получения суммы предоставленного социального налогового вычета, предусмотренного подпунктом 4 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации;
- 8.4.4. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей).
- 8.4.5. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному пп. 8.1.8 настоящих Правил, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.
- 8.5. Истечение срока действия Договора страхования не прекращает возникшие из Договора обязательства Сторон. Договор действует до исполнения обязательств Сторон в полном объеме.
- 8.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования/Программой ДМС, по программам ДМС «Лечение онкологических заболеваний», «Лечение критических заболеваний», «Лечение онкологических заболеваний. Расширенная» в случае истечения срока действия Договора страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента истечения срока действия Договора страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия Договора страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (тридцати) последовательных календарных дней после истечения срока действия Договора страхования.
- 8.7. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения Договора страхования, отличные от указанных в настоящих Правилах.
- 8.8. Страхователь, являющийся физическим лицом, вправе отказаться от Договора страхования в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, путем предоставления Страховщику письменного заявления об отказе от Договора страхования. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченные денежные средства подлежат возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченных денежных средств Страхователю вправе удерживать их часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон (если установлена), но не позднее срока, определенного нормативным актом Российской Федерации (если определен). Страховщик осуществляет возврат Страхователю денежных средств по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, содержащего всю необходимую для расторжения Договора страхования и возврата денежных средств информацию, и документов, идентифицирующих заявителя и подтверждающих право на получение денежных средств (из числа указанных в п. 8.4 настоящих Правил, - в зависимости от того, какие документы применены). При возврате денежных средств в полном объеме, если оплата производилась в рублях, возврат денежных средств производится в рублях РФ, а если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях РФ.

9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 9.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования. Страховые выплаты осуществляются в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в Договоре страхования. Договором страхования могут быть установлены размеры страховых выплат, отличные от указанных в настоящих Правилах.
- 9.2. При наступлении страхового случая по страховому риску «СОЗ» страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) страховой суммы, установленной для данного риска. Указанный размер страховой выплаты является лимитом ответственности (лимитом страхового обязательства) по страховому риску «СОЗ»
- 9.3. При наступлении страхового случая по страховому риску «Обращение по программе ДМС» Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программы ДМС, предусмотренного Договором страхования для Застрахованного лица).
- При этом:
- 9.3.1. Организация оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и/или медицинских организаций. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программ(-ы) ДМС, непосредственно сервисным компаниям/медицинским организациям, организовывающим/оказывающим такие услуги.
- 9.3.2. Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и/или медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу. Медицинские и иные услуги, предусмотренные Программами(-ой) ДМС, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании/медицинской организации, привлеченной(ых) Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качество таких услуг.
- 9.3.3. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг/стоимостью медицинских и иных услуг (в зависимости от того, что применимо), оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования и Программ(-ы) ДМС, и не может превышать страховой суммы, установленной Договором страхования для страхового риска «Обращение по программе ДМС» и иных лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), устанавливаемых Договором страхования и/или Программами(-ой) ДМС.
- 9.3.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных договором страхования, а также их оплату:
- 9.3.4.1. до окончания срока действия Договора страхования (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в п. 9.3.4.2 настоящих Правил страхования;
- 9.3.4.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими услугами и иными услугами в медицинские организации или сервисные компании из числа предусмотренных Договором страхования и/или согласованных со Страховщиком, произошло в течение срока действия Договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате определенных медицинских услуг и иных услуг в соответствии с условиями настоящих Правил, но на дату окончания срока действия Договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были (с учетом условий, указанных в п. 8.6 Правил страхования).
- 9.4. Страховая выплата (ее часть), установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка РФ на дату принятия Страховщиком решения о выплате.

10. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховым случаем наступил вследствие:
- 10.1.1 Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.
- 10.1.2 Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 10.1.3 Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- 10.1.4 Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 10.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:
- 10.2.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования/Приложениях к Правилам страхования/ Программе ДМС/Договоре страхования).

- 10.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).
- 10.2.3. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 10.2.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и / или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.
- 10.2.5. При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программе ДМС.
- 10.2.6. По иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

11. ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Заявитель (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика при первой возможности, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Заявителю (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.
- 11.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Заявитель должен предоставить следующие документы:
 - 11.2.1. заявление об осуществлении страховой выплаты;
 - 11.2.2. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
 - 11.2.3. документы от компетентных органов по результатам расследования произошедшего события (постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела), если по факту наступления страхового случая проводилось расследование;
 - 11.2.4. выписка из медицинской карты за 5 лет до даты заключения договора, если причиной наступления страхового случая стало заболевание;
 - 11.2.5. в случае онкологического заболевания – извещение о больном с впервые в жизни диагностированном злокачественном новообразовании (форма 0/90У).
- 11.3. Дополнительно к указанному в п. 11.2. настоящих Правил по страховому риску «СОЗ» предоставляются:
 - 11.3.1. Медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписной эпикриз, врачебное заключение и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций.
- 11.4. По страховому риску «Обращение по программе ДМС» Заявитель должен в кратчайшие сроки обратиться в Страховую компанию или (если предусмотрено Программой ДМС) в Сервисную компанию с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, как это определено в Программе ДМС, с последующим предоставлением документов, которые запросит Страховщик/Сервисная компания.
Дополнительно к указанному в п. 11.2. Правил страхования Страховщик/Сервисная компания вправе запросить оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов:
 - 11.4.1. Согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных (включая, все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон)), в целях надлежащего исполнения Договора страхования, организации оказания услуг в отношении Страховщика, Сервисной компании, их уполномоченных представителей, а также третьих лиц, оказывающих услуги в связи с диагностированным заболеванием Застрахованного лица.
 - 11.4.2. Согласие Застрахованного лица в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять Сервисной компании по Договору страхования любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.), как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая.
 - 11.4.3. Копия полиса Обязательного медицинского страхования.
 - 11.4.4. Копия СНИЛС.
 - 11.4.5. Медицинский документ (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного, выписной эпикриз), заверенный печатью выдавшего учреждения и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в рамках настоящих Правил страхования, сроков лечения, результатов обследования и другой сопутствующей информации.
 - 11.4.6. Результаты и заключения инструментальных, лабораторных методов диагностики / исследований, в т.ч.: гистологических или цитологических (в случае системных онкологических заболеваний); радиологических

визуализирующих исследований; данные магнитно-резонансной томографии, результаты коронарной ангиографии.

- 11.4.7. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет.
 - 11.4.8. Медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства о наличии и дате (датах) обращений либо об отсутствии обращений, а также Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом (форма 090/У).
 - 11.4.9. Заключение врача – специалиста в предметной области с указанием полного клинического диагноза, показаний к лечению, подтверждающее необходимость назначенного лечения, а также выбранный план лечения.
- 11.5. Страховщик принимает решение по страховому риску «СОЗ» о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.
 - 11.6. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.
 - 11.7. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 11.2 – 11.4, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

При этом на Заявителя (Страхователя, Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

- 11.8. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.
- 11.9. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в т. ч. основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанных в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в т. ч. в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик (Сервисная компания) вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 11.2 – 11.4 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.
- 11.10. Указанный в п. 11.2 – 11.4 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.
- 11.11. При непредоставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне или если такие документы не содержат достаточную для принятия решения Страховщиком информацию Страховщик (Сервисная компания) вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 12.1. Страховщик обязан:
 - 12.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и вручить их Страхователю до заключения Договора страхования;
 - 12.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии). При этом, информация предоставляется в следующем порядке: на основании письменного запроса Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса (если меньший срок не установлен законодательством Российской Федерации), используя способы взаимодействия, которые установлены договором страхования;

- 12.1.3. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные Правилами страхования и/или Договором страхования (если договором установлены дополнительные и/или иные условия о порядке и/или сроках выплаты);
- 12.1.4. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.
- 12.2. Страховщик имеет право:
- 12.2.1. Перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного (-ого) лиц (-а) сведения и(или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска (в том числе медицинского характера), а также потребовать прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/ обследования с целью оценки фактического состояния его здоровья;
- 12.2.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- 12.2.3. Требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения страховой премии (страховых взносов) или снижения страховой суммы, если в течение срока действия Договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой увеличение страхового риска, а в случае неисполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанности сообщить о возникновении вышеуказанных обстоятельств или отказа Страхователя (Выгодоприобретателя) от внесения вышеуказанных изменений в Договор страхования требовать расторжения Договора страхования;
- 12.2.4. Взимать дополнительную страховую премию (страховые взносы) за изменения, вносимые в условия Договора страхования в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;
- 12.2.5. Отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 11.11 настоящих Правил страхования;
- 12.2.6. Проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
- 12.2.7. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;
- 12.2.8. Отказаться в любой момент в одностороннем порядке в полном объеме от исполнения Договора страхования, заключенного с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем в случае нарушения Страхователем положения (-ий) настоящих Правил страхования и (или) Договора страхования;
- 12.2.9. Осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.
- 12.3. Страхователь обязан:
- 12.3.1. Уплачивать страховую премию в порядке, размере и сроки, определенные Договором страхования;
- 12.3.2. При заключении Договора страхования предоставить сведения и (или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и (или) оценки страхового риска (в том числе, медицинского характера);
- 12.3.3. Не позднее 30 (тридцати) календарных дней сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение страхового риска. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения. Сведения, предоставленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
- 12.3.4. Уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих изменение страхового риска, в соответствии с п. 6.11 настоящих Правил страхования в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом Стороны могут согласовать иные сроки уведомления.
- 12.3.5. Получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;
- 12.3.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами страхования сроки;
- 12.3.7. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по Договору страхования.
- 12.4. Страхователь имеет право:
- 12.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки;
- 12.4.2. Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии);
- 12.4.3. Получить дубликат Страхового полиса в случае его утраты;
- 12.4.4. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения Договора страхования путем письменного уведомления об этом Страховщика;
- 12.4.5. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 12.5. Помимо указанного в настоящем разделе Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования, и (или) Договором страхования, и (или) действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.5.1. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 13.1. Все споры по договору страхования, за исключением споров с гражданами, являющимися потребителями финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее Федеральный закон № 123-ФЗ), а также с лицами, к которым перешли права требования потребителя финансовых услуг, до обращения в суд подлежат

обязательному рассмотрению в претензионном порядке, указанном в настоящем пункте. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и (или) электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня ее получения. Иск может быть предъявлен в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии.

- 13.2. При наличии разногласий по Договору страхования между гражданами, являющимися потребителями финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом № 123-ФЗ, а также лицами, к которым перешли права требования потребителя финансовых услуг, и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования, - споры разрешаются в порядке, установленном Федеральным законом № 123-ФЗ и действующим законодательством Российской Федерации, который предусматривает, в том числе, что при имущественных требованиях до 500 000 рублей до обращения в суд необходимо обратиться к финансовому уполномоченному, при этом до обращения к финансовому уполномоченному обязательно предъявление претензии в страховую компанию (если иное не будет установлено законодательством Российской Федерации).

14. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ

- 14.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).
- 14.2. Страховщик является оператором, осуществляющим обработку персональных данных. При обработке персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), являющихся физическими лицами (далее –персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.
- 14.3. Страхователь в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» фактом заключения Договора страхования предоставляет Страховщику согласие на обработку персональных данных, которое является неотъемлемой частью Договора страхования.
Страхователь фактом заключения Договора страхования подтверждает, что ознакомлен с полномочиями лиц, действующих от имени Страховщика и выражает свое согласие Страховщику и уполномоченным лицам на обработку своих персональных данных, как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»: Сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;
Передачу персональных данных третьим лицам, оказывающим услуги Страховщику в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования
- 14.3.1. В целях: Исполнения Договора страхования Страховщиком, а также третьими лицами, оказывающим услуги Страховщику, в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования); предоставления информации организациям, уполномоченным (в силу закона, Договора или любым иным образом) на проведение проверок и/или анализа деятельности Страховщика, а также на осуществление иных форм контроля за деятельностью Страховщика, для целей осуществления ими указанных действий; Включения персональных данных в информационную систему персональных данных (в базу данных Страховщика) для информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;
- 14.3.2. В составе перечня персональных данных: Данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, водительского удостоверения, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных Страхователем при заключении Договора в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование.
- 14.4. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения Договора, стороной которого либо Выгодоприобретателем является субъект персональных данных, а также для заключения Договора по инициативе субъекта персональных данных, согласие субъекта персональных данных не требуется.
Согласие действует со дня его подписания и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия Договора страхования, если иное не указано в Договоре страхования или заявлении на страхование. Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления по адресу, указанному в заключенном Договоре.