

Приложение №1
К приказу Генерального директора
ООО «Зетта Страхование жизни»
от 09.06 2023 №29

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального директора
ООО «Зетта Страхование жизни»
от 09.06 2023 №29

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объекты страхования
4. Страховой случай
5. Страховая сумма
6. Страховая премия (страховые взносы) и страховой тариф
7. Договор страхования, порядок его заключения и прекращения действия договора
8. Увеличение страхового риска
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок организации медицинской помощи и иных услуг
11. Страховая выплата
12. Порядок разрешения споров
13. Конфиденциальность

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия, на которых Общество с ограниченной ответственностью «Зетта Страхование жизни» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Договор страхования или Договоры страхования).

1.2. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

1.3. В случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил при заключении договора страхования.

1.4. Заключая (подписывая) Договор страхования и (или) предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» дают согласие Оператору — Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН Страховщика указаны в договоре страхования) на обработку своих персональных данных, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, следующих персональных данных («Персональные данные»): ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц рождения, пол; паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт); информация о состоянии здоровья; контактные телефоны, адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, Оператору в целях («Цели»): заключения и/или исполнения заключенного Договора страхования, включая организацию оказания медицинских услуг; направления запросов о предоставлении документов по заявленному убытку в адрес медицинских и иных организации (в том числе на официальные электронные адреса данных организаций); осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования; проведения исследований мнения об обслуживании и страховых продуктах, в том числе исследований, направленных на улучшение качества страховых продуктов; передачи риска в перестрахование, а также в целях предъявления суброгационных требований или иного урегулирования судебных споров в порядке, установленном действующим законодательством, и разрешают Оператору обрабатывать Персональные данные с помощью неавтоматизированных способов обработки Персональных данных, а также автоматизированных систем управления базами данных (СУБД) и иных программных средств, специально разработанных по поручению Оператора ПД. Работа с СУБД будет осуществляться по предписанному Оператору ПД алгоритму (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, уничтожение).

Страхователь (Застрахованное лицо) соглашается с тем, что, если это необходимо для реализации Целей обработки Персональных данных, Оператор вправе поручить обработку Персональных данных третьим лицам, а именно: компаниям группы Оператора и контрагентам Оператора, указанным на сайте Оператора, при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и безопасности Персональных данных при их обработке. При передаче указанных данных Оператор предупреждает лиц, получающих Персональные данные, о том, что эти данные являются конфиденциальными и могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требует от этих лиц соблюдения этого правила. Хранение Персональных данных осуществляется исключительно на территории Оператора ПД.

Требование об исключении или исправлении/дополнении неверных или неполных Персональных данных может быть подано в виде соответствующего письменного запроса в адрес Оператора.

Согласие на обработку Персональных данных действует со дня его подписания в течение 10 (Десяти) лет после окончания договорных отношений с Оператором либо до дня отзыва Согласия с правом Оператора продолжить обработку Персональных данных в установленных законодательством случаях.

Согласие может быть отозвано путем предоставления письменного заявления в адрес Оператора.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

2.2. **Страхователем** признаётся юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.3. **Застрахованное лицо** (далее – Застрахованный) – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованным, если иное не предусмотрено Договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.4. На страхование не принимаются:¹

2.4.1. Лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

- туберкулез, онкологические заболевания;
- болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;
- психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;

2.4.2. Инвалиды 1 и 2 группы, дети - инвалиды.

2.4.3. Лица, находящиеся на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

Заключенный в отношении таких лиц (указанных в пунктах 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3) Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

2.5. Субъектами (участниками) добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к медицинским организациям относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;

- к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

- к ассистанским организациям относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

- к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

- к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

¹ Если Договором страхования не установлено иное.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в соответствии с программой страхования²:

4.1.1. в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования за получением медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

4.1.2. в иные медицинские организации, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи³), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком;

и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

4.2. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

4.2.1. не предусмотренных Договором страхования;

4.2.2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.2.3 по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

4.2.4 по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

4.2.5. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

4.2.6. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

4.2.7. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

4.2.8. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.2.9. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

4.2.10. связанных с последствиями стихийных бедствий.

4.3. Страховщик освобождается от выплаты страховой суммы, когда страховой случай наступил вследствие:

4.3.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

² Типовая программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов приведена в Приложении №1 к настоящему Правилам.

³ Если таковая может быть организована Страховщиком, в том числе его обособленными подразделениями.

- 4.3.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 4.3.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном договором страхования порядке, произвести страховую выплату.

5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных программой страхования. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного и не может быть менее 100 000 рублей на каждого Застрахованного.

5.3. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно (по всем страховым случаям суммарно).

5.4 Страховая сумма может устанавливаться в виде агрегатной (уменьшаемой) страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора ДМС трудовых мигрантов и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора ДМС трудовых мигрантов по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору ДМС трудовых мигрантов считаются исполненными, договор ДМС трудовых мигрантов прекращается. Страховщик обязан уведомить страхователя и застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь⁴ обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

6.3. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

6.4. При указании в договоре страхования страховых сумм в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях, страховая премия уплачивается в валюте, предусмотренной Договором страхования в соответствии с законодательством РФ.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Срок действия Договора ДМС трудовых мигрантов определяется исходя из сообщенного страхователем (застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента. Договор ДМС трудовых мигрантов может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

⁴ В предусмотренных Договором страхования случаях обязанность по уплате страховой премии может быть возложена на Застрахованного.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования. Если Страховщик предлагает Страхователю обратиться с письменным заявлением, то Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им форме.

7.2.1. Страхователи – юридические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения⁵:

- организационно-правовая форма;
- наименование;
- идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее - КИО);
- государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО);
- дата и место государственной регистрации⁶;
- наименование регистрирующего органа;
- адрес место нахождения (юридический адрес);
- фактический адрес;
- почтовый адрес;
- телефон (факс);
- адрес сайта и(или) электронной почты организации;
- бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица ниже);
- единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц ниже);
- резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);

а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

7.2.2. Страхователи – индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство (при наличии);
- дата и место рождения;
- данные основного документа, удостоверяющего личность;
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии);
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- бенефициарный владелец;
- является ли страхователь иностранным публичным должностным лицом, российским должностным лицом, лицом публичной международной организации супругом, родственником ИПДЛ, РПДЛ;
- выступает от имени должностного лица публичной международной организации
- государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);

⁵ Указанные сведения предоставляются Страхователем также в отношении лиц, являющихся выгодоприобретателями (лицами, ответственность которых застрахована, застрахованными лицами) по договору страхования.

⁶ Данные из свидетельства о государственной регистрации российского юридического лица; для иностранных лиц – данные, содержащиеся в документах о государственной регистрации государства учреждения и/или в свидетельстве о постановке на налоговый учет в Российской Федерации.

- данные документа, подтверждающие факт внесения в ЕГРИП записи об указанной регистрации;
- наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- адрес местонахождения;
- адрес места регистрации;
- почтовый адрес;

а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

7.2.3. Страхователи – физические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство (при наличии);
- пол;
- дата и место рождения;
- данные основного документа, удостоверяющего личность;
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания на территории РФ;
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии);
- идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- бенефициарный владелец;
 - является ли страхователь иностранным публичным должностным лицом, российским должностным лицом, лицом публичной международной организации супругом, родственником ИПДЛ, РПДЛ;
 - выступает от имени должностного лица публичной международной организации.

7.2.4. Страховщик вправе сократить указанный в пунктах 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3 перечень.

7.3. При заключении Договора страхования для оценки страховых рисков Страховщик вправе предложить Страхователю (страхуемому лицу) заполнить анкету по установленной Страховщиком форме, предоставить медицинскую документацию (выписки, справки и аналогичные документы) подтверждающую информацию и сведения, указанную в такой анкете и/или провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Обследование осуществляется за счет Страховщика и в медицинской организации по выбору Страховщика. При отказе от заполнения анкеты или от прохождения обследования Страховщик вправе отказать в заключение Договора страхования в отношении страхуемого лица.

7.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации) либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.

7.5. В Договоре страхования указываются:

- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;
- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя;
- численность Застрахованных;
- программа(ы) страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованных;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;

- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме.

7.6. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, то Застрахованным по Договору страхования могут выдаваться именные страховые полисы. В страховом полисе указываются:

- серия и номер страхового полиса;
- программа страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;
- страховая сумма;
- страховая премия;
- срок действия Договора страхования;
- дата заполнения полиса;
- территория действия договора;
- подпись страхователя и страховщика;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

Сведения о Застрахованном:

- фамилия, имя, отчество;
- вид и данные документа удостоверяющего личность;
- пол;
- дата рождения;
- адрес места жительства (регистрации) или места пребывания на территории РФ;
- гражданство (при наличии);
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии).

Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и наименование;
- номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования;
- адрес места нахождения;
- телефон(факс);
- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
- банковские реквизиты;
- фамилия, имя, отчество и должность лица, уполномоченного подписывать договор от имени страховщика, и документ на основании которого данное лицо подписывает договор.

Сведения о Страхователе:

а) в случае если страхователем является физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство (при наличии);
- пол;
- дата рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность; данные основного документа, удостоверяющего личность;
- адрес места жительства (регистрации) и (или) места пребывания на территории РФ;
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии);

б) в случае если страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство (при наличии);
- дата рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность; данные основного документа, удостоверяющего личность;
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации);
- дата государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- данные документа, подтверждающие факт внесения в ЕГРИП записи об указанной регистрации.

в) в случае, если страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;
- наименование;
- адрес место нахождения (юридический адрес)⁸;
- телефон (факс);
- адрес сайта и(или) электронной почты организации(при наличии);
- фамилия, имя, отчество и должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС.

7.7. Если Договор страхования заключается путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), то в таком полисе указываются:

- серия и номер страхового полиса;
- программа страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;
- страховая сумма;
- страховая премия;
- срок действия Договора страхования;
- дата заполнения полиса;
- территория действия договора;
- подпись страхователя и страховщика;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

Сведения о Застрахованном:

- фамилия, имя, отчество;
- вид и данные документа удостоверяющего личность;
- пол;
- дата рождения;
- адрес места жительства (регистрации) или места пребывания на территории РФ;
- гражданство (при наличии);
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии).

Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и наименование;
- номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования;
- адрес места нахождения;
- телефон(факс);
- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- банковские реквизиты;

- фамилия, имя, отчество и должность лица, уполномоченного подписывать договор от имени страховщика, и документ на основании которого данное лицо подписывает договор.

Сведения о Страхователе:

а) в случае, если страхователем является физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство (при наличии);
- пол;
- дата рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность; данные основного документа, удостоверяющего личность
- адрес места жительства (регистрации) и (или) места пребывания на территории РФ;
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии).

б) в случае если страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство (при наличии);
- дата рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность; данные основного документа, удостоверяющего личность;
- телефон;
- адрес электронной почты (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации);
- дата государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- данные документа, подтверждающие факт внесения в ЕГРИП записи об указанной регистрации.

в) в случае если страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;
- наименование;
- адрес место нахождения (юридический адрес)⁸;
- телефон (факс);
- адрес сайта и(или) электронной почты организации(при наличии);
- фамилия, имя, отчество и должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС.

7.8. Страховщик вправе выдать для каждого застрахованного лица различные информационные документы: памятку, пропуск в медицинскую организацию и др.

7.9. В случае утраты страховых, информационных документов Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

7.10. Договор страхования прекращает действие в случае:

7.10.1. окончания срока действия Договора страхования;

7.10.2. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного);

7.10.3. исчерпания страховой суммы (в отношении Застрахованного, чья страховая сумма исчерпана);

7.10.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности

по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

7.10.5. в других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

7.11. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, а также по соглашению Сторон.

7.12. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя - юридического лица в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

7.12.1. Если возврат предусмотрен условиями Договора страхования, он осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел в размере, предусмотренном условиями Договора страхования.

7.13 При отказе Страхователя – физического лица от страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования в соответствии с требованиями Банка России⁷.

7.13.1. При отказе от страхования в случае, указанном в п. 7.13 настоящих Правил, и при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по данному страхованию за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от страхования.

Действие страхования прекращается с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от страхования, если договором страхования или соглашением сторон к нему не предусмотрено иное.

7.13.2. Положения п. 7.13 настоящих Правил не применяются к договорам страхования, связанным с осуществлением предпринимательской деятельности, если иное не предусмотрено законодательными или нормативными актами.

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования (Страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах.

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, ЛПУ, иным лицом) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (хронические заболевания, инвалидность, другие обстоятельства, если они указаны в Договоре страхования, анкете Страхователя/Застрахованного или медицинской документации), вправе потребовать изменения условий

⁷ Требования Банка России о предоставлении информации применяются в редакции Указания Банка России от 29.03.2022 № 6109-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления отдельных видов добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации", действующей на дату заключения договора страхования.

Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

8.3. При неисполнении Страхователем либо Застрахованным обязанности, указанной в пункте 8.1, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (пункт 5 статьи 453 Гражданского Кодекса Российской Федерации).

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать предоставления застрахованному лицу в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования, медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, а также ставить в известность Страховщика о непредставлении такой помощи, неполной или некачественной помощи;

9.1.2. расторгать досрочно Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках Договора страхования возврат части страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя п.7.13;

9.1.3. изменять в течение срока действия Договора страхования программу страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительную страховую премию.

9.1.4. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договоре страхования, расчетов изменения Страховой суммы в течение срока действия Договора, расчетов Страховой премии и Страховой выплаты.

9.1.5. один раз в течение действия Договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего Договора страхования (Полиса страхования) и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных Договором страхования. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).

9.1.6. получить по запросу один раз по одному Договору страхования, бесплатно, заверенный Страховщиком расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

9.1.7. Получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованными) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованными) требований и условий Договора страхования;

9.2.2. требовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством, если после заключения Договора страхования будет уста-

новлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска;

9.2.3. расторгать досрочно Договор страхования при непоступлении очередного платежа страхового взноса, внесение которого просрочено, в соответствии с условиями Договора страхования, путем направления Страхователю соответствующего уведомления;

9.2.4. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного при выявлении у него заболеваний и состояний, лечение которых (в том числе и сопутствующих заболеваний) не может быть осуществлено в медицинских организациях, сотрудничающих со Страховщиком;

9.2.5. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его систематической⁸ неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

9.2.6. выставлять Страхователю счет на компенсацию расходов, возникших в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, счет на уплату штрафа в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи, а также в связи с использованием страхового полиса незастрахованным лицом;

9.2.7. в случае неуплаты Страхователем штрафа, в соответствии с п.п. 9.6.3., 9.6.8, за нарушения Застрахованным лицом его обязанностей по Договору страхования, предусмотренных настоящими Правилами, в течение 1 (одного) месяца с момента выставления соответствующего счета Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в отношении этого Застрахованного в одностороннем порядке, путем направления Застрахованному соответствующего уведомления о расторжении;

9.2.8. досрочно расторгнуть договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу свой страховой полис с целью получения последним медицинской помощи, предусмотренной программой страхования Застрахованным. Если Застрахованным является Страхователь, то Страховщик расторгает договор без возврата страховой премии (страховых взносов);

9.2.9. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинской организацией, предусмотренной Договором страхования.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика о непредоставлении таких услуг, предоставлении неполных или некачественных услуг;

9.3.2. получать дубликат страхового полиса, программы страхования в случае их утраты;

9.3.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг;

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. уплатить страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

9.4.2. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством;

⁸ Два и более раза подряд.

9.4.3. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах добровольного медицинского страхования, программах страхования и порядке предоставления услуг. Получение Застрахованными данной информации должно быть подтверждено подписью;

9.4.4. получать согласие застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по Договору страхования;

9.4.5. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также уплатить штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи при условии выставления соответствующего счета Страховщиком;

9.4.6. уплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом Застрахованного, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. При заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования/Программы страхования. В случае если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета. По требованию Страхователя / Застрахованного лица/лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, Договоре страхования, Программах;

9.5.2. выдавать Страхователю для каждого Застрахованного лица страховой Полис, Программу страхования, а при их утрате – дубликаты (бесплатно в течение действия Договора страхования), в печатном или электронном виде, в соответствии с положениями Договора страхования (в случае, если Договор страхования заключался в электронном виде, указанные документы предоставляются посредством Личного кабинета или в Мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера в сети Интернет);

9.5.3. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и договором страхования;

9.5.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

9.5.5. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в российских медицинских организациях, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком.

9.5.6. принять меры, направленные на предоставление Застрахованному медицинской помощи, в которой было необоснованно отказано либо помощь была оказана неполно или некачественно той медицинской организацией, где такая медицинская помощь должна была быть организована Страховщиком;

9.5.7. содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в составлении искового заявления, связанного с качеством оказанной ему в рамках договора страхования медицинской помощи, а также в получении за счет страховщика результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной или некачественной медицинской помощи.

Обоснованность претензий Застрахованного определяется Страховщиком

9.5.8. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копию Договора страхования (Полиса страхования) и все приложения (Правила, Условия, Программы / Варианты, тарифы) предусмотренные Договором страхования и являющиеся неотъемлемой его частью, ссылка на которые имеется по тексту Договора страхования, бесплатно один раз по действующему Договору страхования. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, данные об уплаченных Премиях по коллективным Договорам страхования, Условия страхования других категорий Застрахованных лиц и пр.).

9.5.9. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

9.5.10. по запросу Страхователя (Застрахованного лица) полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными договором страхования и/или правилами страхования:

а) обо всех необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо) должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события Страховым случаем и определения размера Страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

б) о форме и способах осуществления Страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя (Застрахованного лица) на получение Страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования

в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя (Застрахованного лица), либо в форме, указанной в запросе.

9.5.11. обеспечивать защиту информации, полученной при осуществлении страховой деятельности, включая обеспечение целостности указанной информации, ее доступности и конфиденциальности, защиту персональных данных Страхователя (Застрахованного) и соблюдать требования законодательства Российской Федерации, национальных стандартов в указанной сфере;

9.5.12. по устному или письменному запросу Страхователя/Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Страхователя (Застрахованного) в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате предоставить в письменном виде информацию о порядке расчёта суммы страховой выплаты;

9.5.13. по письменному запросу Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса бесплатно один раз по каждому Страховому случаю, предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию о документах (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о Страховой выплате либо об отказе в Страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного), направленных на получение Страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому Страховому случаю (указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству).

9.5.14. Обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя/Застрахованного, связанных с исполнением условий договора страхования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, базовым стандартам саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик и/или определенном в договоре страхования.

9.5.15. в случаях, предусмотренных законодательством Страховщик обязан предоставить физическому лицу, имеющему намерение заключить договор добровольного страхования информацию о договоре добровольного страхования, в том числе о его условиях и рисках, связанных с его исполнением в виде ключевого информационного документа по форме, установленной законодательством.

9.6. Застрахованный обязан:

9.6.1. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

9.6.2. при получении страховой документации удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;

9.6.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

9.6.4. при утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика;

9.6.5. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или фактического места жительства;

9.6.6. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

9.6.7. находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

9.6.8. за необоснованный вызов Застрахованным лицом (его представителем) на дом врача, бригады скорой или неотложной медицинской помощи, а также необоснованное использование санитарных транспортных средств Застрахованный уплачивает Страховщику (если Страховщик предъявил такое требование) штраф в размере трехкратной стоимости таких услуг.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица,
- при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного,
- вызов осуществлен не в медицинских целях,
- вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения,
- при вызове Застрахованный отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра,
- вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи.

10. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

10.1. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской помощи, Застрахованный обращается к Страховщику в порядке, определенном Договором страхования.

10.2. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой страхования, в организации, определенной в Договоре страхования, Страховщик организует их выполнение в иной медицинской организации. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

10.3. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

10.4. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских организациях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских организациях, если Договором не предусмотрено иное.

10.5 Страховщик имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

10.6. Вся необходимая медицинская документация - листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и иная аналогичная документация - выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам в течение 60 календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено договором с медицинской организацией (или другим участником страхования).

11.2. Оплата стоимости медицинской помощи осуществляется на основании договора, заключенного в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

11.3. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской помощи, Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

11.3.1. В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление установленного образца с приложением⁹:

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченного счета с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного,

⁹ Перечень предоставляемых документов при получении медицинских и иных услуг оформляется в соответствии с законодательством территории, на которой данные услуги оказываются.

- врачебного отчета по установленной Страховщиком форме,
- копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного,
- копии страхового полиса или договора страхования.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

11.3.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских услуг. Возмещение или отказ в страховой выплате производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации, предусмотренной настоящими Правилами.

11.3.3. Сумма возмещения, если иное не установлено Договором страхования, определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью.

11.4. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы.

Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.

Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная программой страхования, оказывается за счет Застрахованного и оплате Страховщиком не подлежит.

Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению.

11.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

11.5.1 в случае если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования и до момента выписки из стационара; а также в случае, если экстренная или плановая госпитализация Застрахованного началась до начала срока страхования по Договору страхования, в том числе за период такой госпитализации, который попадает на срок действия страхования;

11.5.2. если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

11.5.3. в случае нарушения Застрахованным сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

11.5.4. в случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное.

11.5.5. в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, договором (программой) страхования.

11.6. Во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Споры, вытекающие из договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором.

13. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Заключая (подписывая) Договор страхования и (или) предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» дают согласие Оператору — Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН Страховщика указаны в договоре страхования) на обработку своих персональных данных, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, следующих персональных данных («Персональные данные»): ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц рождения, пол; паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт); информация о состоянии здоровья; контактные телефоны, адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, Оператору в целях («Цели»): заключения и/или исполнения заключенного Договора страхования, включая организацию оказания медицинских услуг; направления запросов о предоставлении документов по заявленному убытку в адрес медицинских и иных организации (в том числе на официальные электронные адреса данных организаций); осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования; проведения исследований мнения об обслуживании и страховых продуктах, в том числе исследований, направленных на улучшение качества страховых продуктов; передачи риска в перестрахование, а также в целях предъявления суброгационных требований или иного урегулирования судебных споров в порядке, установленном действующим законодательством, и разрешают Оператору обрабатывать Персональные данные с помощью неавтоматизированных способов обработки Персональных данных, а также автоматизированных систем управления базами данных (СУБД) и иных программных средств, специально разработанных по поручению Оператора ПД. Работа с СУБД будет осуществляться по предписанному Оператору ПД алгоритму (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, уничтожение).

Страхователь (Застрахованное лицо) соглашается с тем, что, если это необходимо для реализации Целей обработки Персональных данных, Оператор вправе поручить обработку Персональных данных третьим лицам, а именно: компаниям группы Оператора и контрагентам Оператора, указанным на сайте Оператора, при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и безопасности Персональных данных при их обработке. При передаче указанных данных Оператор предупреждает лиц, получающих Персональные данные, о том, что эти данные являются конфиденциальными и могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требует от этих лиц соблюдения этого правила. Хранение Персональных данных осуществляется исключительно на территории Оператора ПД.

Требование об исключении или исправлении/дополнении неверных или неполных Персональных данных может быть подано в виде соответствующего письменного запроса в адрес Оператора.

Согласие на обработку Персональных данных действует со дня его подписания в течение 10 (Десяти) лет после окончания договорных отношений с Оператором либо до дня отзыва Согласия с правом Оператора продолжить обработку Персональных данных в установленных законодательством случаях.

14. УВЕДОМЛЕНИЯ

14.1. Все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при направлении их одним из следующих способов, указанным в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:

- почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений по телефону или адресу, указанному в Договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на страховую выплату) с контактными данными, поданном от Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.
- в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещения в Личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) в соответствующем разделе сайта Страховщика, о чем Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованный) проинформирован, с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

14.1.1. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан — с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

14.1.2. В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

14.1.3. Все письма и уведомления, направляемые Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при направлении их одним из следующих способов:

- почтовым отправлением по адресу Страховщика, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты Страховщика, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или посредством обратной связи в Личном кабинете Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта Страховщика, о чем Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) проинформирован, с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.