

ПРИЛОЖЕНИЕ №1 к Полису
«Индивидуальная защита. Оптимальная»
УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

1. Общие положения

1.1. Договором добровольного медицинского страхования (далее «Договор страхования») является соглашение между Страховщиком и Страхователем, в соответствии с которым Страховщик обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам (далее «Застрахованные лица») медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования (далее «Программа страхования»).

1.2. Настоящий Договор страхования заключается в пользу Застрахованных лиц – граждан Российской Федерации, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ, и лиц без гражданства.

1.3. Настоящие условия разработаны на основании Правил добровольного медицинского страхования 161/3, размещенных на сайте Страховщика vsk.ru.

2. Субъекты страхования

2.1. Страховщик – юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование и имеющее государственное разрешение (лицензию) на право заниматься добровольным медицинским страхованием (Страховое акционерное общество «ВСК»).

2.2. Страхователи – физические лица, обладающие гражданской дееспособностью, и/или российские или иностранные юридические лица, заключающее Договор страхования в интересах физических лиц.

2.3. Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также любые юридические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на законных основаниях не в качестве основного вида деятельности. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

2.4. Застрахованное лицо, Застрахованный – физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком. Страхователь – физическое лицо вправе заключить договор страхования как в отношении себя, так и в отношении третьих лиц.

2.5. Сервисная компания – компания, предоставляющая и (или) организующая предоставление услуг, указанных в Программе страхования, на территории страхования по заданию Страховщика.

3. Объект страхования

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с затратами на получение медицинских и иных услуг, указанных в Программе страхования, при возникновении страхового случая.

4. Страховые случаи и страховые риски

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

4.2. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию и иную организацию, указанную в Программе страхования в предусмотренных настоящей Программой страхования случаях.

4.4. Перечень медицинских и иных услуг и объем медицинской помощи определяется Программой страхования, на условиях которой заключен настоящий Договор страхования.

4.5. В соответствии с настоящим Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и/или иные услуги, предусмотренные Программой страхования, оказанные Застрахованным в медицинских и/или иных организациях по существующим технологиям в соответствии с настоящими условиями Договора страхования, в пределах обусловленной в Договоре страховой суммы.

4.6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинские организации:

4.6.1. в связи с намеренным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями

третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

4.6.2. за получением медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;

4.6.3. в медицинскую и (или) иную организацию, не предусмотренную Договором страхования.

4.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:

4.7.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.7.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.7.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5. Страховая сумма

5.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена настоящим Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховых взносов и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.

6. Страховая премия

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором страхования.

6.2. Если к сроку, установленному в настоящем Договоре страхования как дата начала действия Договора страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, настоящий Договор страхования не вступает в силу.

7. Порядок заключения договора страхования

7.1. Срок страхования устанавливается в настоящем Договоре.

7.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

7.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием настоящего Договора страхования и Программы страхования. Условия, содержащиеся в настоящем Договоре, в Программе страхования, обязательны для Страхователя.

7.4. Основанием для заключения настоящего Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя.

7.5. При утрате Застрахованным лицом настоящего Договора страхования, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с настоящим Договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые документы.

7.6. Настоящий Договор страхования вступает в силу после уплаты страховой премии и в сроки, указанные в страховом полисе.

8. Порядок предоставления медицинских услуг

8.1. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, обусловленных настоящим Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, предусмотренную настоящим Договором страхования.

8.2. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую и/или иную организацию обязано предъявить данный Договор (страховой полис) или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

8.3. Медицинская организация, сервисная компания и иные организации, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные настоящим Договором страхования и выбранными программами.

8.4. Взаимоотношения Страховщика с медицинскими и/или иными организациями определяются соответствующими договорами.

8.5. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Застрахованным в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования.

8.6. Ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также за отказ в оказании медицинской помощи Застрахованному лицу несет медицинская организация в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. Права и обязанности сторон

9.1. Застрахованное лицо имеет право:

9.1.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий настоящего Договора страхования;

9.1.2. на получение дубликата настоящего Договора в случае его утраты.

9.2. Застрахованное лицо обязано:

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

9.2.2. при получении страховой документации (договора страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;

9.2.3. соблюдать требования условий настоящего Договора страхования, условий Программы страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинскими организациями;

9.2.4. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

9.2.5. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или места жительства, а также других данных, необходимых для идентификации;

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

9.2.7. подписать следующее Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при получении услуг, предусмотренных Программой страхования, путем проставления отметки согласен («галочки») на сайте vsk.onlinedoctor.ru в ходе регистрации:

«Я настоящим (для целей исполнения условий договора страхования, приложением к которому является данное Согласие) даю информированное добровольное согласие на следующие медицинские вмешательства: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, для получения лицом, представителем которого я являюсь (Клиент, Застрахованное лицо) или мной первичной медико-санитарной помощи в соответствии с условиями настоящего Договора. Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения настоящего Договора страхования;

9.3.2. уплачивать страховые взносы в размерах и сроки, определенные настоящим Договором страхования;

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий настоящего Договора страхования.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. ознакомить Страхователя с настоящим Договором страхования;

9.5.2. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном Договором и Программой страхования;

9.5.3. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными);

9.5.4. контролировать ход оказания медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному в медицинских и (или) иных организациях, предусмотренных настоящим Договором страхования.

9.6. Страховщик имеет право:

9.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения настоящего Договора страхования;

9.6.2. досрочно расторгнуть настоящий Договор страхования в случаях предусмотренных законодательством РФ;

9.6.3. требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

9.6.4. проверять сообщенную Страхователем информацию.

10. **Прекращение действия Договора страхования**

10.1. Настоящий Договор страхования прекращается в случаях:

10.1.1. истечения срока его действия;

10.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по настоящему Договору страхования в полном объеме;

10.1.3. в случае смерти Застрахованного лица;

10.1.4. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

10.2. Настоящий Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами

гражданского законодательства с письменным уведомлением другой стороны.

В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю.

10.3. Настоящий Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц, до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

10.4. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования с условием возврата суммы уплаченной страховой премии в полном объеме при наличии в совокупности следующих условий:

с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (Четырнадцать) календарных дней;

заявление об отказе поступило до даты начала страхования, обусловленного оплатой страховой премии.

Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования с условием возврата суммы уплаченной страховой премии за не истекший период действия Договора при наличии в совокупности следующих условий:

с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (Четырнадцать) календарных дней и в течение этого срока отсутствуют события, имеющие признаки страхового случая;

заявление об отказе поступило после начала страхования, обусловленного оплатой страховой премии.

Действие Договора страхования прекращается с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

10.5. Возврат, причитающейся страхователю суммы страховой премии производится в течение десяти рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от Договора страхования. Возврат производится наличными денежными средствами в кассе Страховщика по адресу 121552, г. Москва, ул. Островная, д. 4, либо путем перечисления на банковские реквизиты, предоставленные Страхователем в письменном виде. Если банковские реквизиты для перечисления страховой премии предоставлены Страхователем позже заявления об отказе от Договора страхования, вышеуказанный срок для возврата страховой премии начинает течь с даты предоставления таких реквизитов.

10.6. В случае отказа Страхователя от Договора страхования после истечения 14 (Четырнадцать) календарных дней с даты его заключения, возврат страховой премии не производится.

11. **Порядок разрешения споров**

11.1. Споры, возникающие в процессе оказания медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам, в досудебном претензионном порядке разрешает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, медицинской организации и/или иной организации и, в случае необходимости, независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны. Соблюдение претензионного порядка является обязательным для сторон договора страхования.

11.2. При недостижении Сторонами соглашения споры разрешаются в порядке, установленном законодательством РФ.

11.3. Настоящим Страхователь, Застрахованное лицо уведомляется, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Застрахованного лица.

11.4. В случае, если спор подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным согласно Федерального закона от 04.06.2018 N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", до подачи иска в суд в отношении Страховщика заинтересованное лицо обязано обратиться с требованием к Финансовому уполномоченному в порядке, предусмотренном законом.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 к Полису
«Индивидуальная защита. Оптимальная»
Программа добровольного медицинского страхования
«Оптимальная»

1. Страховой случай. Застрахованные лица

1.1. Страховое акционерное общество «ВСК» (САО «ВСК») организует и оплачивает предусмотренные настоящей Программой медицинские услуги при наступлении страхового случая.

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение действия договора страхования в сервисную компанию, указанную в договоре страхования, для получения предусмотренных настоящей Программой услуг при развитии за время действия страхования острых заболеваний, обострении хронических заболеваний, получении травм.

1.3. Застрахованными по настоящей Программе являются лицо, указанное в страховом полисе в качестве Застрахованного, в возрасте от 18 лет.

2. Порядок получения услуг, предусмотренных настоящей программой

2.1. Медицинские услуги организуются в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений разделов 4 и 5 настоящей Программы страхования.

2.2. Обеспечиваемые настоящей Программой услуги (далее по тексту – Услуги) заключаются в предоставлении Застрахованному лицу **Врачом-консультантом (терапевтом)** (далее по тексту – «Врач») устных или письменных медицинских консультаций по вопросам здоровья дистанционно с использованием Сервиса (интерактивной веб-платформы «Онлайн доктор») в режиме реального времени (онлайн), а также услуг, предусмотренных разделом 3 Программы. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.3. Информация о медицинских организациях и Врачах, оказывающих Услуги, их профессиональном образовании, квалификации размещена на сайте vsk.onlinedoctor.ru (далее по тексту – Сайт).

2.4. Застрахованному лицу предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного лица дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.5. Застрахованное лицо до или во время оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному лицу диагнозах, перенесенных Застрахованным лицом заболеваний, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса через Личный кабинет (Личный кабинет представляет собой персональный раздел Застрахованного в Сервисе, который позволяет направлять запрос на оказание Услуги, связываться с Врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить документы в виде текстовых или графических файлов. Доступ к прикрепленным в Личном кабинете документам имеет только Застрахованное лицо или его законный представитель).

2.6. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованное лицо о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

2.7. Застрахованное лицо, прежде чем заказать оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой страхования, должно пройти процесс предварительной регистрации в интерактивной веб-платформе «Онлайн доктор» на сайте vsk.onlinedoctor.ru (или через мобильное приложение, установить которое возможно с этого же сайта для мобильных устройств, работающих на IOS или Android). При регистрации Застрахованное лицо обязано дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и исполнителям медицинских услуг, а также добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.

2.8. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе и прикрепление страхового полиса.

2.8.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного лица:

персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям. Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру веб-камера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версий не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильных устройств:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия;
- или любой мобильный телефон, если пользователь будет обращаться для оказания услуг не через сеть Интернет.

2.8.2. Застрахованное лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения. Страховщик, Администратор Сервиса и медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом Услуг, возникшую из-за оборудования либо программного обеспечения, установленного на устройствах Застрахованного лица.

После регистрации на Сайте Застрахованное лицо переходит в раздел Личный кабинет.

2.8.3. Для прикрепления (активации) действующего страхового полиса необходимо выполнить следующие действия:

- после регистрации в Личном кабинете Застрахованному лицу, указанному в полисе, необходимо зайти в пункт меню «Мои программы» и выбрать программу «Страховой Дом ВСК»;
- нажать (выбрать) «Подключиться»;
- в открывшемся окне ввести номер страхового полиса, номер контактного мобильного телефона, фамилию Застрахованного лица, указанную в страховом полисе.

Если данные введены верно, то в разделе «Мои программы» Застрахованный увидит информацию о действующем страховом полисе.

Если подключение не состоялось, то Застрахованный получит сообщение с указанием причины ошибки.

2.8.4. В случае необходимости консультации по регистрации личного кабинета можно обратиться в диспетчерскую службу Администратора Сервиса по телефону 8 800 333 28 00.

2.9. Консультация с дежурным Врачом-консультантом (терапевтом)

Для получения предусмотренных Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

2.9.1. Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта и нажав на кнопку «Начать консультацию». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера пользователя с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи».

2.9.2. В открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Начать».

2.9.3. Дождаться, когда дежурный Врач-консультант свяжется с Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач-консультант, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным лицом с использованием Сервиса либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного лица, указанного при регистрации.

2.9.4. До начала консультации и во время нее пользователь может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

2.9.5. Застрахованное лицо может оставить заявку на консультацию дежурным Врачом-консультантом через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сервиса (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн).

2.9.6. Когда Врач будет связываться с Застрахованным лицом, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

2.9.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

2.9.8. В случае, если необходима онлайн (удаленная) консультация Врача-консультанта (специалиста) или психолога, дежурный Врач-консультант (терапевт) записывает Застрахованное лицо к Врачу-консультанту (специалисту) или психологу, предварительно согласовав время и дату с Застрахованным лицом, а

также выбрав Врача-консультанта (специалиста) из списка, приведенного на Сайте. Застрахованное лицо может быть записано на консультацию Врача-консультанта (специалиста), являющегося консультантом в соответствии с Сервисом, только дежурным Врачом-консультантом (терапевтом).

2.9.9. После того, как запись на консультацию Врача-консультанта (специалиста) или психолога создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

2.9.10. В назначенное для консультации с Врачом-консультантом (специалистом) или психологом время, необходимо зайти на Сайт и ожидать, когда Врач-консультант (специалист) или психолог свяжется с пользователем. В назначенное время происходит соединение Врача-консультанта (специалиста) с Застрахованным лицом и начинается онлайн-консультация, длящаяся тридцать минут.

2.9.11. В случае, если в момент, когда Врач или психолог пытается связаться с Застрахованным лицом, последнее не было в системе (онлайн), и Врач или психолог не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог дозвониться до Застрахованного лица по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, Врач или психолог и Сервис пытаются связаться с Застрахованным лицом посредством возможностей Сервиса, в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного лица в системе Сервиса. Система Сервиса отслеживает момент входа Застрахованного лица в систему и оповещает Врачей, которые хотят связаться с Застрахованным лицом, о возможности проведения консультации. При получении оповещения врач незамедлительно связывается с Застрахованным лицом.

2.9.12. В случае, если после отправки запроса Застрахованное лицо захочет отказаться от оказания Услуг, он обязан уведомить об этом Администратора Сервиса по контактными данным, указанным на Сайте, либо через «Личный кабинет», до начала оказания неотложной (срочной) консультации Дежурным врачом и не позднее чем за 24 часа в случае консультации с Врачом-консультантом (специалистом) или психологом по записи, в противном случае консультация Врача-консультанта (специалиста) считается «использованной», если Администратор Сервиса не был уведомлен об отказе от консультации и консультация не состоялась по вине Застрахованного лица.

2.9.13. По итогам консультации Врач пишет заключение и направляет его Застрахованному лицу через Сервис.

2.10. Застрахованное лицо обязано соблюдать инструкции, рекомендации, которые будут сообщены исполнителем медицинских услуг, а также переданы в письменном виде (при обмене электронными сообщениями через веб-платформу), в том числе предоставить (с использованием веб-платформы) исполнителю медицинских услуг необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должно располагать Застрахованное лицо, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей Программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованные лица могут предоставить.

При необходимости связаться с дежурным врачом с использованием мобильного телефона при невозможности подключиться к сети Интернет Застрахованному лицу необходимо выполнить следующие действия:

- предварительно зарегистрироваться на сайте vsk.onlinedoctor.ru, как описано выше (или зарегистрироваться при покупке полиса);
- позвонить по телефону 8 800 333 28 00 для переключения на дежурного врача.

Никакие претензии Застрахованного лица относительно сроков оказания Услуг не принимаются, если Застрахованное лицо не направит запрос на оказание Услуг или не будет находиться в системе (онлайн) после направления Запроса.

2.11. Предоставление услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным лицом.

2.12. Перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых за счет страховой компании в рамках выполнения страховой выплаты Застрахованному лицу, устанавливается в соответствии с разделом 3 настоящей Программы страхования.

2.13. В случае утери полиса, изменении персональных данных (фамилии, адреса проживания, номеров контактных телефонов), Застрахованному лицу необходимо довести данную информацию до Страховщика в кратчайшие сроки.

3. Услуги, предоставляемые по настоящей программе страхования

При наступлении страхового случая Страховщик в течение действия договора страхования организует и оплачивает следующие медицинские услуги:

3.1. Первичные и повторные консультации **дежурного Врача-консультанта (терапевта)**, выполняемые удаленно круглосуточно семь дней в неделю после «звонка» или получения заявки через Сервис – без ограничений по числу обращений в течение действия договора страхования.

Услуги в форме неотложной консультации **дежурным Врачом-консультантом** могут быть оказаны Застрахованному лицу круглосуточно.

3.2. Первичные и повторные консультации Врачей-консультантов (**специалистов** – Консультантов в рамках Сервиса), а также психолога в соответствии с лицензиями медицинских организаций, участвующих в оказании услуг, выполняемые удаленно через сеть Интернет по предварительной записи – не более 5 (пяти) консультаций Врачей-консультантов (специалистов) или психолога (Консультантов в рамках Сервиса).

Услуги в форме консультации по записи Врачом-консультантом (**специалистом**) – только в заранее указанное при записи время.

3.3. Лабораторное обследование, выполняемое в медицинских организациях

Прохождение лабораторного обследования в лабораториях-партнерах – не более 1 (одного) обследования по каждому из 3-х представленных ниже вариантов в течение действия договора страхования.

- Оказание услуг при лабораторном обследовании гарантируется в течение срока действия договора страхования только в сетях лабораторий Хеликс, KDL, Гемотест;
- Актуальный список мест присутствия вышеуказанных лабораторий размещён в сети Интернет по адресу https://onlinedoctor.ru/content/labs_list.pdf;

Лабораторные исследования на COVID 19 проводятся:

- только в вышеуказанных медицинских организациях, при условии наличия тестов (актуальный список лабораторий, оказывающих это тестирование размещен в сети Интернет по адресу https://onlinedoctor.ru/content/labs_list.pdf;
- в режиме работы медицинских организаций и в соответствии с правилами работы медицинских организаций, оказывающих услуги, а также в соответствии с действующим законодательством РФ, регулирующим оказание услуг в соответствии с эпидемиологической обстановкой на день оказания услуг: медицинская организация может отказать в предоставлении услуги в случаях, установленных законом или подзаконным актом РФ.

Перечень доступных лабораторных исследований (вариантов) представлен ниже:

а) Лабораторное исследование на наличие вируса COVID 19

б) Лабораторное обследование мужчин (если застрахованный – мужчина)

Клинический анализ крови (с лейкоцитарной формулой)

Общий анализ мочи с микроскопией осадка

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)

Коагулограмма №1: протромбин (по Квику), МНО

Аланинаминотрансфераза (АЛТ)

Амилаза общая в сыворотке

Гамма-глутамилтранспептидаза (гамма-ГТ)

Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Глюкоза в плазме

Креатинин в сыворотке (с определением СКФ)

Липаза

Триглицериды

Холестерол общий

Холестерол – Липопротеины высокой плотности (ЛПВП)

Холестерол – Липопротеины низкой плотности (ЛПНП)

Холестерол – Липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП)

Билирубин общий

Билирубин непрямой

Коэффициент атерогенности

Мочевая кислота в сыворотке

Фосфатаза щелочная общая

anti-HCV, антитела

HBsAg

HIV 1,2 Ag/Ab Combo (определение антител к ВИЧ типов 1 и 2 и антигена p24)

Трепонема pallidum, антитела
Тироксин свободный (Т4 свободный)
Тиреотропный гормон (ТТГ)
Тестостерон
Антитела к тиреопероксидазе (антиТПО)
Онкопрофилактика для мужчин (ПСА общий + ПСА свободный)

в) Ежегодное лабораторное обследование женщин (если застрахованная женщина)

Клинический анализ крови (с лейкоцитарной формулой)
Общий анализ мочи с микроскопией осадка
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)
Коагулограмма №1: протромбин (по Квику), МНО
Аланинаминотрансфераза (АЛТ)
Амилаза общая в сыворотке
Гамма-глутамилтранспептидаза (гамма-ГТ)
Гликированный гемоглобин (HbA1c)
Глюкоза в плазме
Антитромбин III
Фибриноген
Гомоцистеин
Железо в сыворотке
Кальций в сыворотке
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) общая
Мочевая кислота в сыворотке
Белок общий в сыворотке
Билирубин общий
Фосфор в сыворотке
Холестерол общий
anti-HCV, антитела
HBsAg
HIV 1,2 Ag/Ab Combo (определение антител к ВИЧ типов 1 и 2 и антигена p24)
Трепонема pallidum, антитела
Тироксин свободный (Т4 свободный)
Тиреотропный гормон (ТТГ)
Антитела к тиреопероксидазе (антиТПО)
Пролактин

3.4. Консультации врачей-специалистов, врачей-специалистов (экспертов), лабораторное обследование оказываются в объемах, установленных настоящей Программой.

4. События, не являющиеся страховыми случаями, услуги, не подлежащие оплате

4.1. Страховым случаем не является, и страховая выплата в виде организации и оплаты предусмотренных договором страхования и настоящей Программой страхования Услуг не производится в случаях, когда Застрахованный обратился для организации и оплаты услуг, предусмотренных Программой страхования, до начала действия страхования или после окончания действия страхования;

4.2. В рамках исполнения договора страхования по настоящей Программе страхования не подлежат оплате:

4.2.1. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой страхования;

4.2.2. услуги, кроме прямо предусмотренных Программой страхования, оказываемые в амбулаторных условиях в медицинских организациях, вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях;

4.2.3. услуги по инструментальной и лабораторной диагностике, кроме прямо предусмотренных Программой страхования;

4.2.4. услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

5. Особые условия

5.1. Страховщик не несет ответственность:

5.1.1. в случаях невозможности исполнить договор страхования или оказать предусмотренные Программой услуги, когда Застрахованным лицом не предоставлены сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, своевременно не предоставлены дополнительные документы, которые необходимы врачу для подготовки обоснованного заключения (в таких случаях заключения предоставляются только по результатам изучения фактически предоставленных документов и информации);

5.1.2. за медицинское содержание заключения врачей, данные ими рекомендации;

5.1.3. за наличие или отсутствие у Застрахованного лица технической возможности для обращения через веб-платформу с целью получения услуг, предусмотренных настоящей Программой за последствия оказания медицинских услуг медицинскими организациями (в соответствии с действующим законодательством РФ

ответственность за качество медицинских услуг несет исполнитель медицинских услуг).

5.2. Страхование и оказание услуг не может осуществляться, если Застрахованным лицом не подписаны разрешения на обработку персональных данных и добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства в случаях, когда подписание этих документов является обязательным в соответствии с действующим законодательством.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 3 к Полису
«Индивидуальная защита. Оптимальная»
УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ОТ БОЛЕЗНЕЙ
(ПО РИСКАМ 2.1–2.3)**

1. Общие положения

1.1. При наличии противоречий между нормами Условий страхования и Правил преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Условии страхования.

1.2. Настоящие условия разработаны на основании Правил № 168 добровольного страхования от несчастного случая и болезней, размещенных на сайте Страховщика <https://www.vsk.ru/upload/documents/2/130/doc/Pravila-168-A5.pdf>

2. Страховые случаи. Страховые риски

2.1. Объектами страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан в результате заболевания.

2.2. Страховым случаем по настоящим Условиям является совершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

2.3. Страховыми рисками являются предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование (за исключением наступивших при обстоятельствах, перечисленных в пункте 4 настоящих Условий), имевшие место в период действия Договора.

В Договор страхования могут быть включены по соглашению сторон и в соответствии с Правилами следующие риски:

2.3.1. Причинение вреда здоровью Застрахованного вследствие заболевания, впервые диагностированного в период срока страхования и приведшего к временной нетрудоспособности работающего Застрахованного (к лечению в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного) непрерывной продолжительностью не менее 24 дней и возникшей после вступления Договора в силу.

2.3.2. госпитализация Застрахованного с целью лечения заболевания, впервые диагностированного после вступления Договора страхования в силу, продолжительностью не менее 8 дней.

2.3.3. экстренная госпитализация по неотложным показаниям при впервые диагностированных заболеваниях (состояниях) в период действия Договора страхования, требующих или проведения внепланового оперативного лечения (первичная обработка раны не считается оперативным лечением), или интенсивной терапии, при условии продолжительности интенсивной терапии не менее 5 дней, или реанимации.

2.4. Страховые риски, предусмотренные разделом 2 Правил страхования № 168 «Объекты страхования. Страховые случаи. Страховые риски» и не содержащиеся в настоящих Условиях страхования от болезней и Договоре страхования, в рамках Договора страхования не применяются (исключены из страхового покрытия по Договору).

2.5. По Правилам:

Несчастный случай – внезапное, внешнее, непредвиденное воздействие на организм человека, в результате которого причиняется вред здоровью Застрахованного. К таким воздействиям, в том числе, относятся: взрыв; действие электрического тока; удар молнии; нападение злоумышленников или животных; падение предметов на застрахованного; падение самого застрахованного; попадание в дыхательные пути инородного тела; утопление застрахованного; случайное острое отравление ядовитыми растениями, грибами, химическими веществами, ядовитыми газами; пищевое отравление; движение средств транспорта или их крушение; пользование движущимися механизмами, оружием и всякого рода инструментами; воздействие высоких (термические ожоги) или низких (отморожения) температур, химических веществ, если иное не оговорено Договором страхования.

В рамках Правил к несчастным случаям также относятся неправильные медицинские манипуляции (операции и медицинские процедуры); заболевания Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом); полиомиелитом; патологические роды или внематочная беременность, приведшие к инвалидности или смерти; а также события, при которых вследствие физического

перенапряжения у Застрахованного лица происходит вывих отделов позвоночника или суставов конечностей либо растяжение или разрыв мышц, сухожилий, связок или суставных сумок (кроме грыж белой линии живота, грыж межпозвоночных дисков и паховых грыж).

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), инфекционные заболевания (кроме клещевого энцефалита /клещевого энцефаломиелимита/, полиомиелита), если иное не оговорено Договором страхования.

Заболевание (болезнь) – любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, и впервые диагностированное врачом после вступления Договора страхования в силу.

Временная нетрудоспособность – неспособность Застрахованного вследствие нарушения здоровья выполнять работу в соответствии с трудовым договором (контрактом). Лечение в условиях поликлиники – совокупность мероприятий, проводимых на дому или в условиях поликлиники (здравпункта, травмпункта), направленных на восстановление здоровья.

Интенсивная терапия – это лечение больных и пострадавших, у которых в связи с тяжелым заболеванием, травмой, операцией или интоксикацией возникли опасные для жизни функциональные или метаболические расстройства организма, осуществляемое в отделениях анестезиологии и реанимации или в специализированных отделениях, палатах и блоках интенсивной терапии.

Датой установления диагноза заболевания (травмы) считается дата регистрации впервые выявленного заболевания (травмы) на основании результатов проведенного обследования в соответствии с приказами Минздрава Российской Федерации и стандартами оказания медицинской помощи с надлежащим оформлением соответствующих документов.

Госпитализация - помещение в стационар лечебно-профилактического учреждения с целью лечения.

3. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

3.1. Общий размер страховой выплаты по одному или нескольким страховым случаям, происшедшим с Застрахованным в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором для данного Застрахованного.

Если в результате какого-либо события произошел страховой случай, в связи с которым была выплачена часть страховой суммы, то при наступлении вследствие этого же события более тяжелых последствий для здоровья Застрахованного, приведших к страховому случаю, размер страховой выплаты определяется за вычетом ранее выплаченной суммы.

Если в результате несчастного случая здоровье Застрахованного ухудшилось за счет имевшихся у Застрахованного заболеваний, страховая выплата будет производиться, как если бы последствия несчастного случая не осложнились течением имевшихся заболеваний.

3.2. Для принятия решения о страховой выплате Страховщику должны быть предоставлены:

3.2.1. При наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.1 Условий страхования от болезней: заверенная работодателем копия листа нетрудоспособности; справка из медицинского учреждения с указанием полного диагноза, проведенного лечения, сроков нетрудоспособности; выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения; выписные эпикризы из медицинских карт стационарного больного (историй болезни), если Застрахованный проходил стационарное лечение.; иные документы, указанные в Правилах № 168.

3.2.2. При наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.2 Условий страхования от болезней: листок нетрудоспособности или его заверенная копия; выписной эпикриз из истории болезни с указанием диагноза, описанием проведенного обследования и лечения; выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения; заверенная копия направления на госпитализацию; результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций); справка из медучреждения по первичному обращению в связи с травмой (заболеванием), являющейся причиной госпитализации; иные документы, указанные в Правилах № 168.

3.2.3. При наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.3 Условий страхования от болезней: листок нетрудоспособности или его заверенная копия; выписной эпикриз из истории болезни с указанием диагноза, вида проведенной операции (плановая, срочная, экстренная), описанием проведенного обследования и лечения, указанием срока

пребывания Застрахованного лица в отделении интенсивной терапии или реанимации; выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения; результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций); иные документы, указанные в Правилах № 168.

3.3. По всем видам событий дополнительно к документам, перечисленным в п. 3.2, Страховщику представляются: Заявление о страховой выплате с указанием полных банковских реквизитов и номера счета для перечисления страховой выплаты; Документ, удостоверяющий личность получателя; Полис (Договор страхования).

3.4. Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи с наступлением страхового случая, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а так же вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.5. В течение 15 рабочих дней с даты получения последнего из необходимых для принятия решения документов, указанных в п.п. 3.2, 3.3 настоящих Условий, Страховщик: принимает решение о признании произошедшего события страховым случаем или принимает решение об отказе в страховой выплате.

3.6. В течение 5 рабочих дней с даты принятия решения Страховщик осуществляет страховую выплату или письменно сообщает Выгодоприобретателю об отказе в страховой выплате.

4. Общие исключения — события, на случай наступления которых страхование не проводится (не распространяется):

4.1. Не являются страховыми случаями события, указанные в п. 2.3, если они наступили в результате прямых или косвенных последствий следующих событий (заболеваний):

4.1.1. Употребления Застрахованным алкоголя, его заменителей, опьяняющих (одурманивающих) веществ, токсических веществ или наркотиков.

4.1.2. Принятия лекарств или каких-либо медицинских процедур без назначения врача. Исключением не будет являться принятие лекарств, зарегистрированных Минздравом РФ, находящихся в свободной продаже, в случае их использования в соответствии с инструкцией по применению.

4.1.3. Заболевания СПИДом, психических заболеваний или ВИЧ-инфекции.

4.2. Страховыми случаями не являются события, указанные в п. 2.3, если они произошли при следующих обстоятельствах:

4.2.1. Совершение Застрахованным противоправных действий, за которые предусмотрена ответственность действующим Уголовным кодексом РФ.

4.2.2. Управление Застрахованным любым транспортным средством без права на управление либо управление транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо передача Застрахованным управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

4.2.3. Занятие, в том числе на разовой основе, экстремальными видами спорта, катание на горных лыжах, сноуборде, прыжки с парашютом, полеты на дельтаплане или параплане, пилотирование летательных аппаратов, скалолазание, альпинизм, дайвинг, автоспорт, мотоспорт, любые единоборства, которые не были заявлены Страховщику в письменном виде до заключения Договора страхования или в период действия Договора страхования до начала занятий указанными видами спорта.

4.2.4. Управление Застрахованным воздушным транспортным средством любого типа, совершение воздушного полета, за исключением авиAPERелета в качестве коммерческого пассажира, имеющего оплаченный билет, а также за исключением чартерного авиAPERелета по установленному маршрутно-трассовым листом (где указано, что данное судно выполняет полеты в соответствии с заданным графиком полетов) маршруту и расписанию официально зарегистрированной авиакомпании.

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

4.3.1. Умышленных действий Застрахованного, Страхователя или Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового события, за исключением самоубийства Застрахованного, произошедшего по прошествии первых двух лет действия Договора страхования.

4.3.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения.

4.3.3. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

4.3.4. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.4. Дополнительно к пунктам 4.1, 4.2 не являются страховыми случаями события, указанные в п. 2.3, если они наступили в результате следующих обстоятельств:

4.4.1. болезни, симптомы или признаки которой существовали до даты начала срока страхования, о которых Страховщик не был уведомлен в письменном виде до заключения Договора страхования;

4.4.2. рождения ребенка, аборта, кесарева сечения;

4.4.3. стерилизации или оплодотворения, в том числе искусственного;

4.4.4. нераспространенного рака in situ (неинвазивный), всех форм рака кожи, за исключением злокачественной меланомы;

4.4.5. обследования эндоскопом, лапароскопом, артроскопом;

4.4.6. стоматологического лечения, операции в полости рта, связанной со стоматологическим лечением;

4.4.7. гнойно-воспалительных заболеваний кожи, тканей, суставов;

4.4.8. удаления материалов, имплантированных во время предыдущих операций;

4.4.9. наложения швов на кожу;

4.4.10. оперативного лечения небольших по площади поражения (до 18%) по глубине поражения (до III А степени) ожогов кожи;

4.4.11. лечения заболеваний, передаваемых половым путем;

4.4.12. косметических и пластических операций, за исключением косметических и пластических операций проведенных в течение 6 месяцев после несчастного случая и после письменного согласия Страховщика для устранения последствий несчастного случая, произошедшего во время страхования;

4.4.13. пороков развития или врожденных или наследственных заболеваний.

5. Права и обязанности сторон

5.1. Страхователь обязан:

5.1.1. Сохранять документы, подтверждающие уплату им страховых взносов, и предоставлять их по требованию Страховщика.

5.1.2. В течение 30 дней со дня причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного уведомить о свершившемся Страховщика любым доступным образом, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления указанного события может быть исполнена Застрахованным или Выгодоприобретателем.

5.2. Страховщик имеет право: отказать в страховой выплате при невыполнении со стороны Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) обязанности, указанной в п. 5.1.2 настоящих Условий, что повлекло за собой невозможность установления причин или обстоятельств наступления страхового случая; 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 произвести страховую выплату.

6. Прекращение действия Договора страхования

6.1. Настоящий Договор страхования прекращается в случаях:

6.1.1. истечения срока его действия;

6.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по настоящему Договору страхования в полном объеме;

6.1.3. в случае смерти Застрахованного лица;

6.1.4. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.2. Настоящий Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами гражданского законодательства с письменным уведомлением другой стороны.

В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю.

6.3. Настоящий Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц, до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

6.4. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования с условием возврата суммы уплаченной страховой премии в полном объеме при наличии в совокупности следующих условий:

с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (Четырнадцать) календарных дней;

заявление об отказе поступило до даты начала страхования, обусловленного оплатой страховой премии.

Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования с условием возврата суммы уплаченной страховой премии за не истекший период действия Договора при наличии в совокупности следующих условий:

с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (Четырнадцать) календарных дней и в течение этого срока отсутствуют события, имеющие признаки страхового случая;

заявление об отказе поступило после начала страхования, обусловленного оплатой страховой премии.

Действие Договора страхования прекращается с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

6.5. Возврат, причитающейся страхователю суммы страховой премии производится в течение десяти рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от Договора страхования. Возврат производится наличными денежными средствами в кассе Страховщика по адресу 121552, г. Москва, ул. Островная, д. 4, либо путем перечисления на банковские реквизиты, предоставленные Страхователем в письменном виде. Если банковские реквизиты для перечисления страховой премии предоставлены Страхователем позже заявления об отказе от Договора страхования, вышеуказанный срок для возврата страховой премии начинает течь с даты предоставления таких реквизитов.

6.6. В случае отказа Страхователя от Договора страхования после истечения 14 (Четырнадцать) календарных дней с даты его заключения, возврат страховой премии не производится.