

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

«Выбери здоровье»

№ _____ от _____

По настоящему Договору страхования «Выбери здоровье», являющемуся офертой (далее — Договор страхования), Страховщик предлагает Страхователю, в соответствии со статьей 435 Гражданского кодекса Российской Федерации, заключить Договор страхования на нижеследующих условиях. Договор страхования заключается путем принятия и акцепта Страхователем Договора страхования (оферты), подписанного Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ акцептом настоящего Договора страхования (оферты) считается принятие Договора страхования, что подтверждается оплатой страховой премии в соответствии с условиями, содержащимися в Договоре страхования.

Договор страхования заключается на основании Правил страхования № МС-1 в редакции №3, утвержденными приказом Генерального директора Страховщика от 12.01.2024 № 1-ОД (Далее — Правила страхования). Положения, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования, применяются к Договору страхования и обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя).

СТРАХОВЩИК	ООО «РСХБ-Страхование жизни», www.rshbins-life.ru , Адрес: 119034, г. Москва, Гагаринский пер., д.3, эт.1, пом. II, комн.18; Режим работы: понедельник – четверг: с 9.00 до 18.00, пятница: с 9.00 до 16.45, сб.-вс. выходной. Адрес Офиса сопровождения договоров страхования для почтовой корреспонденции, курьерской доставки и личных обращений: 123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 19. Часы работы офиса сопровождения договоров страхования: пн.-чт. 09:00-18:00, пт. 09:00-16: 45, сб.-вс. выходной. Банковские реквизиты: Расчетный счет 40701810100000000160 ИНН 7704447253 Банк получателя: АО «Россельхозбанк», г. Москва, БИК Банка получателя: 044525111, Корр. счет: 30101810200000000111, Лицензия СЛ № 4358 (вид деятельности: добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выдана Банком России без ограничения срока действия.
СТРАХОВАТЕЛЬ	Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Телефон _____ Адрес электронной почты: _____
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО	Страхователь
ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ	Застрахованное лицо
СЕРВИСНАЯ КОМПАНИЯ	Общество с ограниченной ответственностью «СОЮЗМЕДСЕРВИС» (ООО «СоюзМедСервис») Круглосуточная служба поддержки: 8 (800) 600 45 99
СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.	Страховым риском, согласно Договору страхования и Правилам страхования, является: риск возникновения в течение срока страхования обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в связи с: 1. Злокачественным новообразованием. 2. Трансплантацией костного мозга. 3. Стационарным лечением гриппа. Страховым случаем по настоящему Договору страхования является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за медицинской помощью исключительно в связи с возникновением обстоятельств, поименованных в настоящем разделе Договора страхования. Указанные в настоящем разделе Договора Страховые риски признаются страховыми случаями с учётом определений и исключений, предусмотренных положениями разделов Правил страхования: 4. "Страховые риски. Страховые случаи"; 6. "Исключения" и 13. "Основания отказа в страховой выплате".
ТЕРРИТОРИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ	Услуги, предусмотренные Договором страхования, оказываются на территории Российской Федерации.
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	Дата оформления Договора страхования _____ г. Дата вступления Договора страхования в силу _____ г., при условии уплаты страховой премии.

СРОК СТРАХОВАНИЯ	<p>Срок действия Договора страхования составляет 1 (один) год с даты его вступления в силу. Срок страхования совпадает со сроком действия Договора страхования, при условии оплаты Страхователем страховой премии.</p> <p>Оплачивая Договор страхования на новый срок, не позднее 30 (тридцатого) дня, после окончания срока действия настоящего договора, Страхователь подтверждает возобновление действия Договора страхования на настоящих условиях на новый срок, составляющий 1 (один) год.</p> <p>Оплата страховой премии в целях возобновления действия договора страхования может осуществляться на основании Заявления на периодическое перечисление денежных средств (заранее данный акцепт) с банковского счета или иным способом, согласованным со Страховщиком.</p> <p>Новый Договор будет направлен на электронную почту, указанную при заключении договора страхования. В случае, если в указанный в настоящем пункте период времени страховая премия не поступила Страховщику, либо поступила не в полном объеме, Договор считается не возобновленным на новый срок страхования. Не полностью оплаченная сумма страховой премии подлежит возврату Страхователю, как ошибочно уплаченная, в течении 10 (десяти) дней. Страхование, обусловленное возобновлением Договора страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предыдущего Договора страхования. При возобновлении Договора, ограничения, предусмотренные абзацем 1 раздела «Лимиты», не устанавливаются.</p>											
СТРАХОВАЯ СУММА	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 954 1075 1022">Наименование страхового риска</th> <th data-bbox="1075 954 1506 1022">Размер страховой суммы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 1022 1075 1084">1. Злокачественное новообразование</td> <td data-bbox="1075 1022 1506 1084">_____ (_____) рублей</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1084 1075 1145">2. Трансплантация костного мозга</td> <td data-bbox="1075 1084 1506 1145">_____ (_____) рублей</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1145 1075 1197">3. Стационарное лечение гриппа</td> <td data-bbox="1075 1145 1506 1197">_____ (_____) рублей</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1197 1075 1197">Общая страховая сумма по договору</td> <td data-bbox="1075 1197 1506 1197">_____ (_____) рублей</td> </tr> </tbody> </table>	Наименование страхового риска	Размер страховой суммы	1. Злокачественное новообразование	_____ (_____) рублей	2. Трансплантация костного мозга	_____ (_____) рублей	3. Стационарное лечение гриппа	_____ (_____) рублей	Общая страховая сумма по договору	_____ (_____) рублей	
Наименование страхового риска	Размер страховой суммы											
1. Злокачественное новообразование	_____ (_____) рублей											
2. Трансплантация костного мозга	_____ (_____) рублей											
3. Стационарное лечение гриппа	_____ (_____) рублей											
Общая страховая сумма по договору	_____ (_____) рублей											
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	<p>Страховая премия составляет _____ (_____) рублей.</p> <p>Страховой тариф составляет _____ %.</p> <p>Страховая премия подлежит оплате единовременно в дату оформления Договора страхования.</p> <p>Если страховая премия не будет уплачена или будет уплачена в ином размере, чем указано в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, поступившие денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю в полном объеме в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты получения письменного заявления.</p>											
ЛИМИТЫ	<p>1. В случае, если диагноз заболевания, предусмотренный п. 1 и п. 2 Раздела «Страховые риски. Страховые случаи», установлен Застрахованному лицу в период с _____ по _____ г., Страховщик осуществляет только оплату расходов в связи с лечением заболеваний, указанных в данном пункте, в сумме не более 20 000 (Двадцати тысяч) рублей. Иные услуги / расходы, указанные в п. 5.1 Правил страхования, не оказываются и не оплачиваются Страховщиком.</p> <p>2. В случае, если диагноз заболевания, предусмотренный п. 1 и п. 2 Раздела «Страховые риски. Страховые случаи», установлен Застрахованному лицу в период с _____ по _____ г., Страховщик оплачивает организацию и оказание услуг, предусмотренных п. 5.1 Правил страхования со следующими ограничениями: не более 1 курса химеотерапии, не более 1 цикла лучевой терапии.</p> <p>3. Лимит ответственности Страховщика в случае необходимости проведения реконструктивного лечения груди после проведения мастэктомии, включая стоимость имплантатов составляет 900 000 (Девятьсот тысяч) рублей в течение всего срока договора страхования.</p> <p>4. В остальных случаях, кроме указанных в п. 1 - 3 настоящего раздела, максимальный лимит ответственности Страховщика по оплате</p>											

	организации медицинских и иных услуг по Договору страхования в совокупности равен страховой сумме, установленный для соответствующих страховых рисков.
ПЕРИОД ОХЛАЖДЕНИЯ ПРОЧИЕ/ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ	<p>30 (Тридцать) календарных дней со дня, следующего за днем заключения Договора страхования (включительно). При этом, если последний день периода охлаждения приходится на нерабочий /праздничный день, днем окончания периода охлаждения считается ближайший следующий за ним рабочий день. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования, когда дата прекращения Договора приходится на период охлаждения (как он определен в настоящем пункте) и при условии отсутствия в период действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик производит возврат 100% уплаченных денежных средств в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя.</p> <p>При организации лечения, предусмотренного п.п. 1-2 раздела «Страховые риски. Страховые случаи», Страховщик организует и оплачивает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оплату билета эконом класса для Застрахованного, а также при наличии медицинских показаний – оплату медицинского сопровождения и дополнительных мест и оборудования в самолете (ином средстве транспорта) при регулярном рейсе; • проживание Застрахованного лица в отеле (3 или 4 звезды) или эквивалентного стандартного номера в апартаментах с оплатой услуг, включенных в стоимость номера для Застрахованного лица. Не подлежат оплате дополнительные услуги, не включённые в стоимость номера.

1. ДЕКЛАРАЦИЯ И СОГЛАСИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ:

1.1. Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает:

- что до заключения настоящего Договора страхования и оплаты страховой премии получил информацию о Договоре страхования, в том числе об условиях и рисках, связанных с его исполнением;
- что ознакомлен и согласен с исключениями, порядком определения размера страховой выплаты и установленными лимитами ответственности, перечнем оснований для отказа в страховой выплате, условиями досрочного прекращения Договора страхования;
- свое ознакомление, понимает и соглашается с тем, что при наступлении событий по страховым рискам, перечисленным в Договоре страхования, у Страховщика возникает обязанность осуществить организацию оказания медицинских и иных услуг в общей сложности не более страховой суммы,
 - что является гражданином Российской Федерации;
 - что является налоговым резидентом Российской Федерации;
 - что не является публичным должностным лицом (в том числе иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом(-ой) и / или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Страхователь обязуется представить подтверждающие вышеназванные данные документы и /или сведения (в т. ч. об адресе работодателя, степени родства либо статусе по отношению к публичному должностному лицу (с учетом того, что применимо));
 - не имеет регистрации, места жительства /нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое(-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Страхователь не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза;
 - бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь; целью установления деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги;
 - вся информация (в т. ч. указанная в настоящем разделе Договора страхования) является полной, достоверной и действительной на дату предъявления предоставленных им сведений, а также подтверждает обязанность в случае изменений идентификационных сведений сообщить об этих изменениях Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента их изменения;
 - подтверждает, что не имеет договора страхования: «Выбери здоровье», «Выбери здоровье плюс», «Выбери здоровье классика», «Выбери здоровье Премиум», «Выбери здоровье Платинум», «Выбери здоровье Премиум плюс», «Выбери здоровье Платинум плюс» ООО «РСХБ-Страхование жизни», срок действия

которого полностью или частично совпадает со сроком действия настоящего Договора страхования.

1.2. Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию, Страхователь, являющийся Застрахованным лицом по настоящему Договору страхования, свободно, своей волей и в своем интересе выражает согласие ООО «РСХБ- Страхование жизни» (ОГРН 5177746158948, ИНН 7704447253, адрес регистрации: 119034, г. Москва, пер. Гагаринский, д. 3) (далее — Страховщик) и организациям Банковской группы, с которыми осуществляется взаимодействие ООО «РСХБ-Страхование жизни», в том числе: АО «Россельхозбанк» 119034, г. Москва, Гагаринский переулок, дом 3; ООО «РСХБ-Финансовые консультации» 119034, г. Москва, Гагаринский пер., д. 3., именуемым вместе «Банковская группа», а также третьим лицам, которые привлечены или будут привлекаться Страховщиком для исполнения обязательств по договору добровольного страхования жизни (далее — договор страхования) на основании договора, содержащего условие об обработке персональных данных, в объеме, необходимом для достижения цели его заключения, а также условие об обеспечении конфиденциальности и безопасности персональных данных при их обработке, на обработку персональных данных в порядке и на условиях, определенных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее -Федеральный закон № 152-ФЗ), осуществляемую с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе, но не ограничиваясь указанным, трансграничную передачу персональных данных, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение). При этом под персональными данными понимаются: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место (страна) рождения, адрес, вид, серия и номер документа, удостоверяющего личность, индивидуальный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, иная информация и сведения, указанные в договоре страхования (включая приложения нему, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования) и предоставленных субъектом персональных данных документах, в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом № 152-ФЗ, а также любые иные относящиеся к Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) сведения и информация, которые были (будут) переданы в Банковскую группу Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) или поступили (поступят) в Банковскую группу иным законным способом, а также персональные данные, находящиеся в распоряжении третьих лиц, которые состоят с Банковской группой в договорных отношениях, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ.

Обработка персональных данных допускается в следующих целях:

- заключения, исполнения, изменения договора страхования;
- перестрахования Страховщиком рисков;
- осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством телефонной связи, а также направления уведомлений с применением СМС- сообщений, сообщений в чат, посредством электронной почты и иными доступными способами;
- формирование предложений по предоставлению продуктов и услуг Банковской группы;
- оказание услуг Банковской группы; Список третьих лиц, в отношении которых выражено согласие на обработку (в том числе передачу / получение (предоставление, доступ)) персональных данных, размещается на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу, указанному в договоре страхования. Список третьих лиц может изменяться / дополняться Страховщиком в одностороннем порядке. Право выбора третьих лиц предоставляется Страховщику и дополнительного согласования не требуется.

Настоящее согласие действует с момента наступления первого из следующих событий: подписания заявления и/или договора страхования и/или заключения договора страхования и до истечения 6 (шести) лет после окончания срока действия договора страхования или иного договора, заключенного с лицом Банковской группы. При этом, независимо от того, будет заключен договор страхования или нет, согласие действует с момента его предоставления в течение 5 (пяти) лет, но до истечения срока, необходимого для выполнения Страховщиком требований законодательства по хранению документов, и может быть отозвано в любой момент путем передачи Страховщику письменного уведомления, подписанного субъектом персональных данных. При отсутствии отзыва согласия его действие считается продленным на каждые последующие 5 (пять) лет. При этом Страхователь, (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) соглашается(ются), что Банковская группа вправе осуществлять хранение и уничтожение персональных данных в течение срока хранения документов, установленного законодательством Российской Федерации, связанным с архивным делопроизводством.

Согласие считается отозванным по истечении 30 (тридцати) календарных дней с момента получения Страховщиком соответствующего письменного заявления.

Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию Страхователь (Застрахованное лицо) выражает свое согласие ООО «РСХБ- Страхование жизни» (ОГРН 5177746158948, ИНН 7704447253, адрес регистрации: 119034, г. Москва, пер. Гагаринский, д. 3) (далее – Страховщик) и компаниям Банковской группы, в соответствии с п. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» на информирование меня о существующих и/или вводимых в действие продуктах и услугах Страховщика и Банковской группы, на получение предложений по продуктам, услугам, сервисам Страховщика и Банковской группы путем осуществления прямых контактов со мной при помощи сетей электросвязи по усмотрению Страховщика и Банковской группы, включая, но не

ограничиваясь, почтовую рассылку, электронную почту, телефонную связь, систему IVR (Interactive Voice Response – система самообслуживания (с голосовым меню), доступная при звонке в Контактный Центр АО «Россельхозбанк» (далее – Банк), позволяющая получить информацию в автоматическом режиме (без соединения с оператором), либо соединиться с оператором Контактного Центра Банка по тематике, выбранной клиентом в голосовом меню системы), SMS информирование, Push – уведомление, факсимильную связь, сеть Интернет (включая экосистемы Банка «Мое время», «Финансовый радар» и «Свое жилье»). Для указанных целей Страховщик и Банковская группа вправе использовать адреса регистрации и(или) адреса фактического проживания (для почтовых рассылок), номера телефонов, факсов и(или) адреса электронной почты (для всех указанных способов взаимодействия, кроме почтовых рассылок), предоставленные мной Страховщику и Банковской группе, а также личные кабинеты в экосистемах Банка «Мое время», «Финансовый радар» и «Свое жилье».

Настоящим Страхователь (Застрахованное лицо) дает заверение, что указанные в настоящем договоре страхования каналы связи, в том числе, номер(а) мобильного(ых) телефона(ов) принадлежат Страхователю (Застрахованному лицу) на законных основаниях и Страхователь (Застрахованное лицо) вправе предоставлять в отношении них согласие на получение рекламы. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен, что отказ от предоставления согласия на получение информационных и (или) рекламных сообщений не является основанием для отказа в предоставлении услуг Страховщика и иных компаний Банковской группы.

Срок действия настоящего согласия устанавливается на период с момента подписания договора страхования до достижения целей обработки персональных данных. Обработка персональных данных сверх указанного срока осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации. При этом Страхователь уведомлен, что в соответствии с ч. 2 ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ он вправе в любое время отозвать согласие на обработку персональных данных полностью или в части, путем подачи письменного заявления в Общества в произвольной форме с обязательным указанием фамилии, имени, отчества, серии и номера документа, удостоверяющего личность.

1.3. Страхователь обязуется предоставить Страховщику и Сервисной компании любую медицинскую информацию: об обращениях за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. Страхователь дает свое согласие на предоставление Страховщику любыми лечебно- профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и /или частными врачами, у которых Страхователь проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте обращения Страхователя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. Страхователь уполномочивает Страховщика и Сервисную компанию на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде и в любой форме (в т. ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования). Страхователь дает свое согласие на предоставление Страховщику любыми лечебно- профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и /или частными врачами, у которых Страхователь проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте обращения Страхователя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. Страхователь уполномочивает

Страховщика и Сервисную компанию на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде и в любой форме (в т. ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования).

1.4. Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что:

- Страхователь (Застрахованное лицо) не являлся/не является инвалидом I группы, в отношении него не принималось врачебное решение о направлении для установления ему группы инвалидности, не является лицом, имеющим действующее направление на медико- социальную экспертизу (МСЭ), и МСЭ не рассматривает документы на установление ему группы инвалидности;
- Страхователь (Застрахованное лицо) не нуждается в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением;
- Страхователь (Застрахованное лицо) является дееспособным физическим лицом;
- Страхователь (Застрахованное лицо) не имеет заболевания и (или) функционального нарушения из нижеуказанных (по которым в течение жизни устанавливался диагноз, проводилось и(или) проводится лечение, либо в отношении которых лицо находилось (находится) под наблюдением врача-специалиста): СПИД или ВИЧ-инфекция, любые злокачественные новообразования, в том числе но не ограничиваясь: рак in situ; лейкозы; миелома; лимфомы; болезнь Ходжкина; любые виды опухолей или кист головного мозга и/или спинного мозга; пищевода Барретта; дисплазия шейки матки средней или тяжелой степени (CIN 2 - CIN 3); полицитемия; узловая и/или пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии; фиброаденома молочной железы; язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, последнее обострение которой было менее 2 (двух) лет до заключения договора страхования, и/или язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, протекающая(-вшая) с осложнениями (стеноз, кровотечения, перфорация), последнее обострение которой было менее 5 (пяти) лет до заключения договора страхования; болезнь Крона; неспецифический язвенный колит; циррозы печени любой этиологии; алкогольная болезнь печени; хроническая почечная недостаточность любой стадии, аутоиммунные заболевания (ревматизм, системная красная волчанка, болезнь Вагнера, склеродермия);

хроническая дыхательная недостаточность II-III степени; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); первичный иммунодефицит; амилоидоз; крипторхизм; синдром Дауна; сахарный диабет I типа; тяжелая и /или декомпенсированная форма сахарного диабета II типа; сахарный диабет II типа, осложнённый наличием следующих заболеваний: сосудистые заболевания, диабетическая стопа, заболевания почек, глаз, нервной системы, головного мозга (ангиопатии, атеросклероз, нефропатии, офтальмопатии, ретинопатии, нейропатии, энцефалопатии); хроническая почечная недостаточность любой стадии; кардиомиопатия; перенесенный инфаркт миокарда; ишемическая болезнь сердца / стенокардия; кардиосклероз; пороки сердца врожденные и/или приобретенные; лица, перенесшие инсульт (нарушение мозгового кровообращения);

- Страхователю (Застрахованному лицу) не устанавливался диагноз эпилепсии, слабоумия, психических заболеваний и/или расстройств поведения; он не состоял/не состоит на учете в психоневрологическом диспансере;

- Страхователь (Застрахованное лицо) не употребляет наркотические, токсические и/или сильнодействующие вещества с целью лечения или по иной причине, ему не устанавливался диагноз алкоголизм, наркомания, токсикомания; он не состоит по любой из указанных причин на диспансерном учете; не состоял/не состоит на учете в наркологическом диспансере; ему не проводилось лечение алкогольной и/или наркотической зависимости;

- Страхователь (Застрахованное лицо) не переносил хирургических операций по трансплантации органа или его части (в том числе, но не ограничиваясь, костного мозга); трепанаций черепа, не связанных с черепно-мозговой травмой;

- У Страхователя (Застрахованного лица) за 3 месяца, предшествующие заключению Договора страхования, не отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более);

- Страхователь (Застрахованное лицо) не имеет выраженного дефицита массы тела, ожирения II – III степени;

- У Страхователя (Застрахованного лица) не отмечалась патологическая кровопотеря из любых источников;

- Страхователь (Застрахованное лицо) не имеет отклонений от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров (если такие исследования проводились);

- Страхователь (Застрахованное лицо) не подвергался (подвергается) воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

- Страхователь (Застрахованное лицо) и/или его ближайшие родственники (отец, мать, братья, сестры) в возрасте до 60 лет не болели онкологическими заболеваниями и / или не умерли от рака (в случае, если этот факт был известен Страхователю (Застрахованному лицу) до заключения Договора страхования).

Страхователь подтверждает, что ему разъяснено, что, если он сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, указанных настоящим в пункте Договора страхования, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии со ст. 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

2. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Информация о текущем состоянии Договора страхования может быть предоставлена Страхователю путем размещения сведений в личном кабинете на официальном сайте Страховщика, ссылка на который имеется в разделе «Страховщик» настоящего Договора страхования (при прохождении Страхователем соответствующей регистрации в личном кабинете) и/или мобильном приложении, а также может быть предоставлена в документальной форме по письменному запросу Страхователя, направленному по адресу Страховщика, указанному в разделе «Страховщик» настоящего Договора страхования, и/или в электронной форме (в случае, если Страхователем в письменном запросе предоставлен адрес электронной почты). Стороны настоящим согласовали, что информирование Страховщиком Страхователя осуществляется следующими способами: путем направления СМС-сообщений на номер мобильного телефона Страхователя, направления письменного уведомления по адресу Страхователя, путем направления письма в электронной форме на адрес электронной почты, размещения информации в личном кабинете на сайте Страховщика или мобильном приложении.

2.2. Настоящий Договор страхования заключен в соответствии с Правилами страхования, которые согласно волеизъявлению Страхователя, вручаются Страхователю путем размещения Правил страхования на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» по адресу: _____. Страхователь ознакомлен, что по его требованию Страховщик обязан выдать Страхователю текст Правил страхования на бумажном носителе. В случае расхождения условий Правил страхования и условий настоящего Договора страхования положения настоящего Договора страхования имеют приоритетную силу по отношению к Правилам страхования. Во всем, что не предусмотрено положениями настоящего Договора страхования, стороны руководствуются Правилами страхования.

2.3. Настоящий Договор страхования составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Никакие отметки (а также дополнения, исправления и т. п.), сделанные на Договоре страхования от руки, не имеют юридической силы, если их верность не засвидетельствована собственноручными подписями Сторон и оригинальным оттиском печати Страховщика.

2.4. Страхователь имеет право потребовать от Страховщика возврата уплаченной по Договору страхования

страховой премии при отказе от добровольного страхования в случае непредставления Страховщиком Ключевого информационного документа / предоставления в Ключевом информационном документе неполной или недостоверной информации о Договоре страхования в соответствии с требованиями нормативных актов Центрального банка Российской Федерации и при условии отсутствия в период действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая. В этом случае Страховщик обязан возвратить Страхователю страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения подписанного Страхователем письменного заявления с указанием его банковских реквизитов.

2.5. Подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика и не требует проставления уполномоченным представителем Страховщика собственноручной подписи и оттиска печати.

2.6. Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что:

- до заключения Договора страхования получил и ознакомился с Ключевым информационным документом об условиях договора добровольного страхования;
- Договор страхования и Правила страхования ему вручены, Страхователь их принял, с ними ознакомлен и согласен.

ПРИЛОЖЕНИЕ:

Правила страхования № МС-1 в редакции №3, утвержденные приказом Генерального директора Страховщика от 12.01.2024 № 1-ОД (под термином «прилагаются» в отношении Правил страхования понимается размещение Правил страхования на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет»).

СТРАХОВЩИК

МП