

ПРИЛОЖЕНИЕ №4 К ПОЛИСУ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ «СОГАЗ-ПЕРСОНА УНИВЕРСАЛЬНЫЙ»

Условия страхования к Полису «СОГАЗ-ПЕРСОНА УНИВЕРСАЛЬНЫЙ» в редакции от 31.01.2022г.

Подписывая и принимая Полис страхования от несчастных случаев «СОГАЗ-ПЕРСОНА Универсальный» (далее – Полис), Страхователь:

1.1. подтверждает, что до заключения Полиса был ознакомлен с Правилами, Таблицей видов спорта (Приложение 1 к Правилам), Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (Приложение 2 к Правилам), настоящими Дополнительными условиями страхования (далее – Условия страхования) и Памяткой получателю страховых услуг. Подтверждает свое согласие с получением Правил, Таблицы видов спорта и Таблицы размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем в электронной форме по ссылке на адрес их размещения, указанной в Полисе;

1.2. подтверждает, что все лица, поименованные Страхователем в Полисе, включая себя, не являются лицами, указанным в п.п. 1 п. 1 ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (иностранцами публичными должностными лицами, должностными лицами публичной международной организации, российскими публичными должностными лицами), а также, что при наличии изменений в сведениях о вышеуказанных лицах, включая себя, обязуется сообщить об этом в АО «СОГАЗ» в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений;

1.3. обязуется довести до сведения Застрахованного лица содержание Правил, настоящих Условий страхования, Полиса и Памятки получателю страховых услуг;

1.4. согласен с тем, что любые документы (уведомления, извещения, сообщения, соглашения), в рамках Полиса могут быть подписаны Страховщиком усиленной квалифицированной электронной подписью;

1.5. в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», выражает согласие АО «СОГАЗ» (107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10) на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего его органа, код подразделения), адрес места регистрации и адрес для уведомлений (адрес места жительства), номер телефона, адрес электронной почты, иные персональные данные, указанные при оформлении Полиса, в заявлении на страховую выплату, в других предоставленных Страхователем документах; сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. Целями обработки являются: исполнение настоящего Договора; сбор и анализ статистических данных; прямые контакты со Страхователем с помощью средств связи, письменное, электронное информирование, в т.ч. посредством мессенджеров (Viber, WhatsApp и др.). Обработка включает следующие действия (операции) или их совокупности с использованием средств автоматизации или без их использования: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передача. Указанные данные и сведения могут передаваться в Банк России, в органы (организации) государственного/муниципального контроля (надзора), в компетентные органы, медицинские и экспертные организации при наступлении страхового случая и урегулировании убытков, операторам связи (в т.ч. почтовой), организациям, оказывающим услуги мессенджеров и по информированию. Информация об органах и организациях, которые в силу закона обеспечивают конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, которым могут передаваться такие данные и сведения, может быть запрошена у АО «СОГАЗ».

Обработка персональных данных – любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемые с использованием средств автоматизации или без их использования с персональными данными, включая перечисленные в настоящем пункте.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Страхователь выражает согласие врачам, медицинским учреждениям, лабораториям, организациям, индивидуальным предпринимателям, государственным органам, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фондам социального страхования, бюро медико-социальной экспертизы, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять должностным лицам АО «СОГАЗ» по их запросам сведения, составляющие врачебную тайну (в т.ч. после смерти Страхователя): о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья, диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих перечисленные сведения.

Согласия действуют в течение срока действия настоящего Договора и на протяжении 5 лет после его прекращения, если более продолжительный срок не вытекает из законодательства. Согласия могут быть отозваны путем направления письменного уведомления в адрес АО «СОГАЗ».

1.6. Идентификация Выгодоприобретателей – законных наследников Застрахованного лица производится при их обращении с заявлением о страховой выплате.

2. Стороны договорились, что все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Полиса, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения:

2.1. в адрес Страховщика: по адресам Страховщика, указанным на интернет-странице Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>;

2.2. в адрес Страхователя: посредством почтовой связи, СМС-сообщения или сообщения через мессенджер по контактному телефонному номеру, за исключением случая, связанного с прекращением Полиса, по адресу электронной почты Страхователя, указанному при оформлении Полиса, через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении «СОГАЗ – здоровье и страхование» (при наличии).

2.3. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя заявлений и извещений в соответствии с п. 2.2 настоящих Условий (далее – Письма), считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте Письма, а если данный момент не указан – с момента доставки Письма Страховщику в адрес Страхователя.

2.3.1. При направлении Писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному при оформлении Полиса, Письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@sogaz.ru, с уведомлением о доставке и считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – в рабочий день, следующий за датой направления Письма по адресу электронной почты.

2.3.2. При направлении Писем Страхователю в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному при оформлении Полиса, Письма могут считаться доставленными/полученными Страхователем по истечении 24 часов с момента отправки Страховщиком смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону.

2.3.3. При направлении Писем Страхователю через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении «СОГАЗ-здоровье и страхование» указанные Письма считаются доставленными/полученными Страхователем с момента размещения указанных Писем в Личном кабинете.

При направлении Писем Страхователю посредством почтовой связи указанные Письма считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком подтверждения о вручении Страхователю Письма, или с даты получения Страховщиком подтверждения об отсутствии Страхователя по адресу, указанному при оформлении Полиса, или с даты истечения срока хранения Письма в почтовом отделении Страхователя – в случае истечения срока хранения письма, в том числе, если Страхователь уклонился от получения Письма.

2.3.4. В случае изменения почтового адреса, адреса электронной почты, номера телефона (далее – контактные данные) Страхователя он обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении контактных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком Писем несет Страхователь.

Информация о почтовом адресе, адресе электронной почты, номере телефона, предоставленная Страхователем при оформлении Полиса, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщение об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки Писем осуществляет Страховщик.

2.3.5. Если Страхователь отказался от Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (если иной срок не установлен Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» (далее – Указание № 3854-У) в редакции, действующей на дату заключения Полиса), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме. В данном случае Полис считается прекратившим свое действие с даты начала срока страхования. Заявление об отказе от Полиса составляется Страхователем в произвольной письменной форме. Возврат Страхователю уплаченной страховой премии в соответствии с настоящим пунктом производится по выбору Страхователя способом (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), указанным Страхователем в заявлении об отказе от Полиса, в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня

получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

3. Споры, возникающие по Полису, разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. В случае, если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

4. При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, необходимо сообщить о происшедшем по телефону: **8 800 333 08 88** либо обратиться в ближайший Филиал АО «СОГАЗ». Адреса и телефоны филиалов указаны на сайте Страховщика: <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/branches/>.

5. Порядок действий сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, определен в Разделе 9 Правил. Порядок осуществления страховых выплат, перечень документов, которые должны быть предоставлены Страховщику для принятия решения о выплате страховой суммы, и срок их рассмотрения определены в Разделе 10 Правил.

6. Информирование Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по его запросу о действиях, связанных с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, а также о форме и способах осуществления страховой выплаты осуществляется в той же форме, в которой им был сделан запрос либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).