

Приложение №1 к Приказу

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора  
Гадлиба Ю. О.

№ 029 от 3 марта 2021 г.

## Правила страхования

на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей

## Оглавление

1. Терминология.....	3
2. Субъекты страхования.....	4
3. Объект страхования.....	4
4. Страховой риск, страховой случай.....	4
5. Заключение Договора .....	6
6. Страховая премия и порядок ее уплаты .....	9
7. Страховые суммы .....	11
8. Страховые выплаты.....	11
9. Прекращение Договора.....	15
10. Права и обязанности.....	16
11. Персональные данные.....	19
12. Заключительные положения.....	20

Приложение №1 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Варианты страховых сумм на 1 единицу страховой защиты);

Приложение №2 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Типовая форма договора страхования);

Приложение №3 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Заявление на получение страховой выплаты);

Приложение №4 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Заявление на выдачу дубликата договора страхования);

Приложение №5 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных);

Приложение №6 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Расчет возврата страховой премии);

Приложение №7 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Распоряжение о назначении выгодоприобретателя);

Приложение №8 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (Заявление на страхование).

Настоящие Правила страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей (далее именуемые — «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации на основе вида страхования «Страхование от несчастных случаев и болезней». Правила являются неотъемлемой частью договора добровольного страхования на случай онкологического заболевания (далее именуемого — «Договор»).

## 1. Терминология

Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах, используются следующие термины:

**Страховщик** — АО «Группа Ренессанс Страхование», созданное и действующее на основании Устава в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

**Страхователь** — дееспособное физическое лицо, заключившее Договор со Страховщиком в соответствии с Правилами и уплачивающее страховую премию по Договору.

**Родственник** — лицо, находящееся в зарегистрированном браке со Страхователем (супруг, супруга), или находящееся со Страхователем в фактических брачных отношениях (не зарегистрированных в установленном законом порядке в органах записи актов гражданского состояния), или находящееся в родственной связи со Страхователем, его супругом (супругой) по прямой восходящей и нисходящей линии (родитель, ребенок, внук), полнородные и неполнородные (имеющие общих отца или мать) брат и сестра (его (ее) супруги (супруга)), или ребенок полнородных или неполнородных брата и сестры Страхователя, а также лицо, усыновленное Страхователем или его супругом (супругой).

**Застрахованный** — физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор на случай причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного.

**Выгодоприобретатель** — лицо, которому принадлежит право на получение страховых выплат. Выгодоприобретателем является Застрахованный. В случае если Застрахованный является несовершеннолетним, Выгодоприобретателем признается его законный представитель.

В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, назначенное Страхователем с согласия Застрахованного для получения страховых выплат по Договору. Если последнее не установлено, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного в соответствии с законодательством Российской Федерации, которые получают страховую выплату в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство или завещанием Страхователя.

**Страховая сумма** — установленная Договором денежная сумма, исходя из которой определяются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату в соответствии с условиями Договора.

**Единица защиты** — минимальная страховая сумма, зависящая от возраста Застрахованного согласно Приложению 1 к настоящим Правилам.

**Страховая выплата** — установленная Договором денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

**Страховой риск** — предполагаемое событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных настоящими Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

**Страховой случай** — совершившееся в течение срока страхования событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором.

**Страховая премия** — денежная сумма, которая уплачивается Страховщику в качестве платы за страхование.

**Страховой взнос** — часть страховой премии, подлежащей уплате Страховщику на условиях, предусмотренных Договором.

**Страховой тариф** — ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

**Срок страхования** — период времени, определяемый Договором, в течение которого у Страховщика при наступлении страховых случаев возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

**Онкологическое заболевание — злокачественное новообразование** — заболевание, характеризующееся появлением бесконтрольно делящихся клеток, способных к инвазии в прилежащие ткани и метастазированию в отдаленные органы, уточненный диагноз которого соответствует кодам С00-С99 блоков рубрик II класса Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее по тексту — злокачественное новообразование).

## 2. Субъекты страхования

Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре в качестве Страхователя и Застрахованного, Выгодоприобретателя.

## 3. Объект страхования

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного в результате онкологического заболевания, а также с его смертью в результате онкологического заболевания.

## 4. Страховой риск, страховой случай

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

Страховыми случаями по настоящим Правилам являются следующие события, подтвержденные документами от соответствующих органов в установленном действующим законодательством порядке:

- а) впервые выявленный и впервые установленный Застрахованному в течение срока страхования диагноз злокачественного новообразования, соответствующий всем

критериям, перечисленным в п. 4.2. настоящих Правил (далее — риск «злокачественного новообразования»);

- б) смерть Застрахованного, наступившая в течение срока страхования в результате впервые выявленного и впервые диагностированного Застрахованному в период срока страхования злокачественного новообразования и соответствующая всем критериям, перечисленным в п. 4.3. настоящих Правил (далее — риск «смерти»).

4.2. Совершившиеся события, указанные в пп. а) п. 4.1 настоящих Правил, являются страховыми случаями только тогда, когда они полностью соответствуют следующим критериям:

- а) диагноз злокачественного новообразования является окончательным;
- б) диагноз злокачественного новообразования установлен Застрахованному впервые в жизни в течение срока страхования;
- в) диагноз злокачественного новообразования, подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (онкологический/гематологический профиль) или профильного врача специалиста (онколога/гематолога), при этом диагноз злокачественного новообразования содержит указание как стадии новообразования по системе TNM (Т (Т1, Т2, Т3, Т4), N (N0, N1, N2, N3, Nx), M (M0, M1, Mx), так и стадии опухолевого процесса: 1, 2, 3, 4 стадии;
- г) наличие данных клинико-инструментальных методов диагностики, свидетельствующих об имеющемся злокачественном новообразовании и нарушении функционирования органов и систем организма в связи с опухолевым процессом;
- д) наличие данных морфологического (гистологического) исследования биопсийного материала, свидетельствующих о злокачественной природе опухолевого образования, код биологических свойств которого соответствует /3 (первичный очаг), /6 (метастаз), /9 (первичный или метастатический очаг) по действующей Международной классификации онкологических заболеваний (МКБ-О).

Датой наступления страхового случая в связи с реализацией риска «злокачественного новообразования» является дата проведения прижизненного патологоанатомического/гистологического исследования, указанная в п. 28 Протокола прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (учетная форма № 014-1/у).

4.3. Совершившиеся события, указанные в пп. б) п. 4.1. настоящих Правил, являются страховыми случаями только тогда, когда они полностью соответствуют следующим критериям:

- а) диагноз злокачественного новообразования является основной причиной смерти;
- б) диагноз злокачественного новообразования был установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования или посмертно.

4.4. При этом Страховым случаем не признается реализация страховых рисков при:

- а) установке Застрахованному диагноза цервикальной интраэпителиальной неоплазии любой степени выраженности;
- б) установке Застрахованному диагноза любого злокачественного новообразования кожи;

- в) установке Застрахованному диагноза злокачественной меланомы стадии IA (T1a No Mo);
- г) установке Застрахованному диагноза любого новообразования, гистологически описанного как «предрак»;
- д) установке Застрахованному диагноза рака предстательной железы стадии 1 (1a, 1b, 1c);
- е) установке Застрахованному диагноза любого неинвазивного рака (cancer in situ);
- ж) установке Застрахованному диагноза злокачественного новообразования, выявленного в первые 90 дней с начала срока страхования, за исключением случаев, когда срок действия страхования менее 90 дней;
- з) установке Застрахованному диагноза злокачественного новообразования в качестве профессионального заболевания либо в связи с занятием Застрахованным деятельностью, объективно связанной с существенно повышенным уровнем заболеваемости злокачественными новообразованиями;
- и) установке Застрахованному диагноза злокачественного новообразования в присутствии ВИЧ-инфекции и/или СПИДа;
- к) установке Застрахованному диагноза злокачественного новообразования, выявленного во время пребывания в местах лишения свободы;
- л) установке Застрахованному диагноза злокачественного новообразования, выявленного до даты начала действия страхования, или по поводу которого Застрахованный получал лечение, принимал лекарства, обращался за консультациями к врачу до начала действия страхования.

#### 4.5. Страховым случаем не признается:

- а) смерть Застрахованного в присутствии ВИЧ-инфекции или СПИДа;
- б) смерть Застрахованного в первые 90 дней с начала срока страхования, за исключением случаев, когда срок действия страхования менее 90 дней.

## 5. Заключение Договора

- 5.1. Согласно настоящим Правилам Договор страхования заключается путем составления одного документа — страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком, и его вручения Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя. При этом Страхователь сообщает Страховщику данные о Застрахованных лицах, которые указываются в страховом полисе.

Договор заключается без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица (в возрасте от 6 месяцев до 65 лет), если иное не предусмотрено Договором. Для лиц младше 6 месяцев необходимо проведение медицинского обследования. При заключении Договора Страховщик вправе потребовать проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 статьи 945 Гражданского кодекса Российской Федерации. О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (заявляемое на страхование лицо) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении Договора. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, Договор может быть заключен только после исполнения Страхователем

(Застрахованным) указанных требований. Заключение Договора без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица не освобождает Страхователя от сообщения достоверных данных о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание договора при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с Застрахованным лицом. По результатам прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применить к базовому страховому тарифу повышающий коэффициент.

#### 5.2. Лицо, на момент заключения Договора:

- а) являющееся носителем ВИЧ или больное СПИДом;
- б) страдающее психическим заболеванием или расстройством;
- в) состоящее на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере, или
- г) занимающееся профессиональной деятельностью, объективно связанной с существенно повышенным уровнем заболеваемости злокачественными новообразованиями, или
- д) страдающее одним из следующих заболеваний либо ранее перенесшее одно из следующих заболеваний: злокачественное новообразование любой локализации, в т.ч. злокачественное заболевание крови и/или лимфатической системы, хронический вирусный гепатит и/или цирроз печени,

может быть Застрахованным только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. При этом Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применять к базовому страховому тарифу повышающий коэффициент. Если после заключения Договора будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в настоящем пункте, о чем Страхователь (Застрахованный) письменно не уведомил Страховщика, ввел в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении Договора, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора в отношении указанного лица недействительным в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

#### 5.3. При заключении Договора Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю (Застрахованному лицу) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре, в заявлении на страхование, анкете Застрахованного лица, по форме, установленной Страховщиком, или в письменном запросе Страховщика.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

Существенными факторами, влияющими на степень риска также являются:

- пол и возраст застрахованного лица;

- профессиональная принадлежность;
- наличие отклонения от нормы в системах, анализах, наличие заболеваний;
- территория страхования;
- срок действия договора страхования;
- валюта страхования.

5.4. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора, является строго конфиденциальной.

5.5. Страховщик оформляет и передает Страхователю страховой полис, подтверждающий заключение Договора, который скрепляется подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи понимается графическое и цветное воспроизведение подписи типографским способом или ее воспроизведение при выводе на печать Договора непосредственно из информационной операционной системы Страховщика.

В случае утери страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает бесплатно дубликат страхового полиса. После передачи дубликата страхового полиса Страхователю утерянный экземпляр страхового полиса считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя, выплаты по нему не производятся.

5.6. При заключении Договора Стороны вправе предусмотреть возможность автоматического (без подписания Дополнительного соглашения к Договору) продления<sup>1</sup> срока действия Договора на следующий календарный месяц, с сохранением остальных условий страхования неизменными. При этом Страхователь и Страховщик соглашаются, что условие об автоматическом продлении срока действия Договора перестает действовать в случае, если одна из сторон (Страхователь или Страховщик) не менее чем за 10 рабочих дней до окончания срока действия Договора в письменной форме уведомит об этом другую сторону.

5.7. Если иное не определено в Договоре:

- а) срок действия Договора устанавливается с даты начала его действия по последнее число месяца, следующего за месяцем начала действия Договора. Далее Договор может быть продлен автоматически на следующий календарный месяц на аналогичных условиях при соблюдении условий настоящих Правил. Срок действия Договора указывается в Страховом полисе;
- б) срок страхования в отношении конкретного Застрахованного устанавливается с даты начала действия Договора и заканчивается датой его окончания;
- в) страховая премия подлежит уплате единовременно (одним платежом) за весь срок действия Договора, в случае продления действия Договора страховая премия подлежит уплате единовременным платежом за продленный период (календарный месяц);
- г) обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты при наступлении страхового случая возникает с установленной Договором даты начала срока его действия, при условии оплаты страховой премии в полном объеме в сроки, предусмотренные настоящими Правилами и Договором.

---

<sup>1</sup> По настоящим Правилам под продлением Договора подразумевается увеличение срока страхования / продление срока действия Договора на аналогичных условиях с учетом изменения страховых сумм и срока действия Договора страхования, установленными настоящими Правилами, при условии отсутствия перерыва между сроками страхования.

- 5.8. Страхование действует по всему миру, 24 часа в сутки.
- 5.9. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами либо уплаты Страхователем страховой премии по Договору.

## 6. Страховая премия и порядок ее уплаты

- 6.1. Размер страховой премии по Договору определяется согласно тарифам, установленным Страховщиком, в зависимости от количества Застрахованных и количества единиц защиты, установленных для каждой возрастной категории Застрахованных.

Страховой тариф по конкретному Договору определяется по соглашению сторон в соответствии с утвержденной Страховщиком методикой расчета Страховых тарифов.

- 6.2. Если иного не установлено Договором, страховая премия уплачивается Страхователем лично либо путем поручения бухгалтерии предприятия или организации, сотрудником которой является Страхователь, переводить страховую премию Страховщику, при этом:

- оплата первой Страховой премии должна быть произведена в течение льготного периода, начинающегося с даты начала срока страхования. Первая страховая премия, в размере, указанном в Страховом полисе, является согласованной сторонами страховой премией за весь период с начала действия Договора и до окончания месяца, следующего за месяцем, в котором началось действие Договора;
- при автоматическом продлении срока действия Договора на следующий календарный месяц оплата страховой премии производится в течение льготного периода, начинающегося с первого календарного дня месяца, на который был продлен срок действия Договора;
- Страхователь вправе использовать иные варианты уплаты страховой премии — с использованием платежной карты, через учреждение банка без открытия счета или перечислением на счет Страховщика путем безналичных расчетов, в том числе путем периодического дебетования Страховщиком карточного счета Страхователя, осуществляемого на основании его письменного разрешения, а также оплачивать страховую премию путем внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика / его представителя. При этом обязанность Страхователя по уплате очередного страхового взноса считается выполненной;
- при оплате через бухгалтерию работодателя — на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре;
- при оплате с использованием платежной карты — на дату списания денежных средств с платежной карты;
- при оплате через учреждение банка без открытия счета — на дату оформления документа, выдаваемого учреждением банка в подтверждение принятия денежных средств от плательщика;
- при оплате банковским переводом — на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре;
- при оплате наличными деньгами — на дату внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика / его представителя либо платежному агенту (субагенту),

осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц.

- 6.3. Если иное не предусмотрено в Договоре, для уплаты страховых взносов устанавливается льготный период. Льготный период для оплаты страховой премии по Договору начинается с даты начала действия договора и заканчивается датой окончания срока страхования. При неуплате или неполной уплате первого страхового взноса в установленные сроки — до окончания действия льготного периода, Договор считается не вступившим в силу, Стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается, если иное не предусмотрено Договором страхования. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты страховой премии, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления от Страхователя.
- 6.4. Льготный период для оплаты страхового взноса за продление Договора на новый срок страхования начинается с первого числа календарного месяца, на который продлевается Договор, и заканчивается последним числом данного месяца. В случае, если страховой взнос за продленный календарный месяц Договора не будет уплачен в полном объеме до окончания льготного периода, предоставленного Страхователю для его уплаты, и если в течение продленного периода Договора не произошло страховых случаев, то автоматическое продление Договора будет считаться не вступившим в действие по решению Страхователя, и Договор считается прекратившим свое действие с момента окончания последнего календарного месяца, за который был оплачен страховой взнос. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты очередного страхового взноса, а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты уплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления от Страхователя.
- 6.5. Для случаев, когда оплата страхового взноса производится Страхователем через бухгалтерию работодателя Страхователя, применяются следующие условия:
- 6.5.1. Договор не будет прекращен по основаниям, предусмотренным п. 6.4. настоящих Правил, при условии, что Страхователь (либо работодатель Страхователя) до окончания льготного периода заключит со Страховщиком соответствующее письменное соглашение об отсрочке перечисления страхового взноса по Договору страхования на возобновление периода страхования.
- 6.5.2. Договор считается вступившим в силу и не прекращается по основаниям, предусмотренным п. 6.3 и 6.4 настоящих Правил, соответственно, при условии, что Страхователь до окончания льготного периода направит Страховщику подтверждение списания в течение льготного периода соответствующей суммы денежных средств в оплату страхового взноса по Договору до окончания продленного периода Договора.
- 6.5.3. В случае если условия, описанные в п. 6.5.1 и/или п. 6.5.2 настоящих Правил не будут выполнены Страхователем (либо работодателем Страхователя) то Договор страхования:
- в порядке, предусмотренном п. 6.3. и 6.4. настоящих Правил, будет

считаться не вступившим в силу с даты его заключения или, соответственно, прекратившим свое действие с момента окончания последнего календарного месяца, за который была оплачена страховой взнос.

- при наступлении страхового случая в течение льготного периода договор будет считаться прекратившим свое действие по окончании соответствующего льготного периода, за который Страховщик предоставил Страхователю отсрочку. В этом случае ответственность Страховщика по Договору прекращается с даты окончания соответствующего льготного периода, за который Страховщик предоставил Страхователю отсрочку, с учетом п. 8.1 настоящих Правил. Страховщик вправе отказать в страховой выплате по Договору при наступлении события, обладающего признаками страхового случая, в период с даты окончания льготного периода до даты восстановления действия страхования по Договору.

## 7. Страховые суммы

- 7.1. Страховые суммы устанавливаются в Договоре отдельно по каждому Застрахованному кратно страховой сумме, соответствующей одной единице защиты, при этом общее количество единиц защиты в отношении Застрахованного не должно превышать максимально допустимого количества единиц защиты, установленного в Приложении 2 к Правилам. Страховая сумма, предусмотренная единицей защиты, изменяется в течение срока страхования в зависимости от возраста Застрахованного и в соответствии с условиями Приложения 1 настоящих Правил.
- 7.2. В течение срока страхования Страхователь вправе изменить количество единиц защиты в отношении Застрахованного посредством заключения нового (дополнительного) Договора страхования, при этом в отношении нового договора страхования будут применяться требования пунктов 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 5.2 и 5.3 настоящих Правил, а общее количество единиц защиты по всем Договорам, действующим в отношении Застрахованного, не должно превышать максимально допустимого количества единиц защиты, установленного в Приложении 2 к Правилам страхования.

## 8. Страховые выплаты

- 8.1. Страховая выплата в объеме, предусмотренном Договором, осуществляется Страховщиком при условии, что страховые взносы уплачивались в размере и в сроки, которые установлены Договором. При неуплате очередного страхового взноса в течение льготного периода и наступлении страхового случая в течение данного периода страховая выплата уменьшается на величину неуплаченного страхового взноса.
- 8.2. Размер страховых выплат определяется с учетом количества единиц защиты, установленных для Застрахованного в соответствии с Приложением 1 к Правилам.
  - 8.2.1. Размер страховой выплаты по всем застрахованным рискам составляет 100% от установленной Застрахованному страховой суммы. Выгодоприобретатель имеет право на получение страхового возмещения по риску смерти только в том случае, если Застрахованным ранее не была получена страховая выплата в связи с реализацией риска злокачественного новообразования.
- 8.3. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным события

страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) в обязательном порядке должен представить Страховщику:

- а) письменное заявление со ссылкой на номер Договора (страхового полиса), с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска, и с указанием полных банковских реквизитов для перевода страховой выплаты;
- б) копию страхового полиса с приложениями;
- в) документы, удостоверяющие личность лица, обратившегося за страховой выплатой (Страхователя, Выгодоприобретателя и их представителей), банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты в безналичной форме, а также распоряжение Страхователя/Выгодоприобретателя о порядке осуществления страховой выплаты.

Если с заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя/Выгодоприобретателя, то он обязан предоставить надлежащим образом оформленную действующую доверенность, подтверждающую полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты).

Предусмотренный настоящими Правилами срок для осуществления страховой выплаты начинает течь не ранее получения Страховщиком документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты и/или банковских реквизитов для осуществления страховой выплаты (в случае если в заявлении о выплате Страхователем/Выгодоприобретателем указан вариант осуществления страховой выплаты в безналичном порядке);

- г) оригиналы выписки из амбулаторной карты / истории болезни Застрахованного или медицинской справки, выданные соответствующим медицинским учреждением, с окончательным диагнозом, описанием проведенного лечения и продолжительностью лечения, заверенные соответствующим образом выдавшими лечебными учреждениями;
- д) копии протоколов проведенных операций;
- е) копии результатов лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;
- ж) заключение врача-специалиста (онколога, гематолога, кардиолога и т.п.) с указанием диагноза;
- з) копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного.

При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с реализацией риска злокачественного новообразования — Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель), помимо документов, предусмотренных подпунктами «а»–«з» п. 8.3 Правил, обязан предоставить документы, указанные в Списке применительно к установлению определенного диагноза медицинского состояния или проведению определенной хирургической операции, а также:

- а) анамнез (история развития) настоящего заболевания;
- б) полный окончательный диагноз с указанием кода по МКБ-10, классификации TNM и стадии опухолевого процесса;
- в) результаты обследования пациента;
- г) результаты морфологического (гистологического) исследования биопсийного

материала (с указанием даты заключения, кода биологических свойств новообразования по действующей Международной классификации онкологических заболеваний);

- д) данные о проведенном лечении;
- е) рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения;
- ж) заключение врача онколога (гематолога), если лечение проводилось в медицинском учреждении не онкологического профиля;
- з) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма №090/У);
- и) контрольную карту диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/У);
- к) регистрационную карту больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/ГРР);
- л) протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (форма №014-1/у).

8.4. При реализации риска смерти (помимо документов, предусмотренных п. 8.3 Правил, исключая листы нетрудоспособности) Выгодоприобретатель также обязан предоставить:

- а) нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;
- б) медицинское заключение о причине смерти: заверенную копию медицинского свидетельства о смерти, копию протокола патологоанатомического вскрытия, копию акта судебно-медицинского исследования;
- в) свидетельство о праве на наследство, состоящее из суммы страховой выплаты, выданное нотариусом (или форму о назначении Выгодоприобретателя);
- г) заверенную копию посмертного эпикриза;
- д) заверенную копию протокола операции;
- е) распоряжение Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного.

8.5. Все документы предоставляются в виде оригиналов или должным образом заверенных копий.

Все предоставляемые документы должны быть на русском языке либо в виде нотариально удостоверенного перевода.

Все документы, выданные компетентными органами/учреждениями, должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью соответствующего органа/учреждения.

Все представляемые Выгодоприобретателем копии документов должны быть надлежащим образом заверены, то есть учреждением/органом, выдавшим данный документ, либо нотариально.

8.6. При необходимости Страховщик вправе самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных компетентных органов, и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, обстоятельства, связанные с этим страховым случаем, а также организовывать за свой счет проведение независимых экспертиз. Застрахованное лицо уведомляется о месте

и времени обследования по электронной почте или почтовым отправлением (заказным письмом с уведомлением) с указанием не менее двух вариантов времени на выбор. При этом если течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования. В случае непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования в объеме и сроках, согласованных со Страховщиком, Застрахованный обращается к Страховщику для согласования повторной даты прохождения обследования. В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования — заявление о наступлении страхового случая Страховщиком не рассматривается, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

8.7. Если иное не предусмотрено Договором, то в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения от Страхователя заявления и всех необходимых документов, а также документов, запрошенных у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных компетентных органов, и организаций, Страховщик обязан:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составить и утвердить страховой акт и осуществить страховую выплату в пользу Застрахованного (Выгодоприобретателя);
- в случае непризнания произошедшего события страховым случаем принять решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщить Застрахованному (Выгодоприобретателю), с указанием основания принятия такого решения со ссылками на нормы права, условия Договора и/или настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;
- принять решение об отсрочке страховой выплаты, о чем письменно известить Застрахованного (Выгодоприобретателя), если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, препятствующих выплате.

8.8. В случае предоставления Страхователем/Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или договора страхования и/или документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа/учреждения, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок, указанный в п. 8.7. Правил страхования, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней, уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо, с указанием перечня недостающих и/или

ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок рассмотрения документов исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о событии, обладающем признаками страхового случая, и всех предусмотренных настоящими Правилами и Договором документов.

8.9. При наступлении страхового случая, связанного со смертью Застрахованного, соблюдается следующий приоритет получателей страховой выплаты, причитающейся согласно Договору в связи со смертью Застрахованного:

- а) в первую очередь — Выгодоприобретатель, указанный в распоряжении Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, оформленном в письменной форме с согласия Застрахованного. Если указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;
- б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) получателем является лицо, указанное в завещании Застрахованного как единственный наследник всего имущества Застрахованного либо как получатель страховой выплаты;
- в) при отсутствии получателя по п. 8.9. «а» и п. 8.9. «б» получателем является лицо, признанное наследником Застрахованного по гражданскому законодательству, при предоставлении свидетельства о праве на наследство по закону, а при наличии нескольких наследников выплата осуществляется всем наследникам в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство.

## 9. Прекращение Договора

9.1. Страхование в отношении Застрахованного прекращается:

- по истечении срока действия Договора;
- в первый день месяца, следующего за месяцем достижения Застрахованным возраста 70 лет;
- в случае смерти Застрахованного;
- со дня реализации страхового риска, который не может быть признан страховым случаем.

9.2. Страхование может быть прекращено также:

- в соответствии с п. 6.3., п. 6.4., п. 6.5. Правил в случае неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором сроки;
- при отказе Страхователя от Договора по причинам, указанным в п. 2 ст. 958 ГК РФ, на основании письменного заявления (уведомления) Страхователя;
- в случае смерти Страхователя;
- до наступления срока, на который Договор был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п.1 ст. 958 ГК РФ).

9.3. При досрочном прекращении Договора в связи со смертью Застрахованного, не являющейся страховым случаем, Страховщик производит возврат части страховой

премии, пропорциональной не истекшему сроку страхования.

- 9.4. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

При отказе Страхователя от Договора до начала срока страхования Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.

При отказе Страхователя от Договора после начала срока страхования, но в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) включительно со дня заключения Договора — Страхователь вправе получить часть уплаченной страховой премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая.

При отказе Страхователя от Договора после начала срока страхования и по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) со дня заключения Договора или в случае, если в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента заключения Договора произошел страховой случай по любому из рисков, — уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором.

Денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора.

- 9.5. Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) Страхователя об отказе от Договора.
- 9.6. В случае если Выгодоприобретатель заявил требование о страховой выплате по страховому случаю, произошедшему до расторжения Договора, и возврат страховой премии был произведен в полном объеме в соответствии с условиями п. 9.4. настоящих Правил, размер страховой выплаты, подлежащей выплате Страхователю/Выгодоприобретателю, уменьшается на сумму возвращенной страховой премии.

## 10. Права и обязанности

### 10.1. Страхователь вправе:

- а) с согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного;
- б) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации;
- в) вносить изменения в Договор на основании заявления установленной формы. Изменения вступают в силу с начала очередного календарного месяца, следующего за месяцем, в котором заявление об изменении было принято и подписано Страховщиком;
- г) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования;
- д) получить по запросу один раз по одному Договору бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии),

подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора, со ссылками на нормы права и/или условия Договора и Правил, на основании которых произведен расчет.

#### 10.2. Страхователь обязан:

- а) уплатить страховую премию в размере и в сроки, которые установлены Договором;
- б) при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) дней со дня, когда у Страхователя появилась возможность сообщить о случившемся. Данная обязанность может быть исполнена Выгодоприобретателем;
- в) сообщить Страховщику достоверную информацию о Застрахованном по требованию Страховщика, а также предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;
- г) предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;
- д) получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 11.1. Правил, а также предоставить по запросу Страховщика указанные письменные согласия Застрахованных лиц;
- е) письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю;
- ж) в течение семи рабочих дней сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы, профессии;
- з) довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил, условия действия Договора;
- и) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

#### 10.3. Страховщик вправе:

- а) проверять сообщаемую Страхователем и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора и Правил;
- б) если Страхователем при заключении Договора Страховщику была предоставлена заведомо ложная информация о Застрахованном — применить последствия, предусмотренные Статьей 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации;
- в) отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, — до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, если от результатов проверки / расследования / разбирательства зависит решение Страховщика по заявленному событию;
- г) вносить изменения и дополнения в настоящие Правила и применяемые тарифы. В случаях, когда вносимые изменения затрагивают интересы Страхователя и/или

Застрахованных, Страховщик обязан уведомить Страхователя об указанных изменениях и предложить ему заключить соответствующее дополнительное соглашение к Договору;

- д) если Договором предусмотрена возможность автоматического продления срока действия Договора на следующий календарный месяц, с сохранением условий страхования неизменными, то в случае отказа Страхователя от заключения дополнительного соглашения к Договору в связи с изменением Правил или страховых тарифов (п. 10.3. «д») Страховщик вправе не продлевать срок действия Договора со Страхователем на следующий календарный месяц;
- е) для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или Договором, а также самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;
- ж) получать письменное согласие от каждого принимаемого на страхование лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком;
- з) продлить срок принятия решения по заявленному событию с признаками страхового случая до предоставления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем документов, указанных в разделе 8 настоящих Правил, требуемых для оценки его обстоятельств;
- и) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

#### 10.4. Страховщик обязан:

- а) при заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования;
- б) по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копию Договора (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора по действующим договорам страхования, бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);
- в) по требованиям Страхователя / Выгодоприобретателя / Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и Договоре;
- г) по запросу Страхователя/Выгодоприобретателя, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными Договором и/или Правилами:
  - обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/Выгодоприобретатель обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании

события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;

- о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре.
- д) по запросу Страхователя/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате, предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.
- е) по письменному запросу Страхователя/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно один раз по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате. Исключения составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.
- ж) по письменному запросу Страхователя/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно один раз по одному событию предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Выгодоприобретателя, направленных на получение страховой выплаты, обосновывающие решение об отказе. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.
- з) соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Страхователе, Застрахованном и Выгодоприобретателе;
- и) обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя, Выгодоприобретателя, связанных с исполнением условий Договора, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, Базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик и/или определенном в Договоре.
- к) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

## 11. Персональные данные

- 11.1. Заключая (подписывая) Договор и/или предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные (ФИО, дату рождения, паспортные данные и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования), Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель в соответствии с Федеральным законом

от №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами приняли решение о предоставлении своих персональных данных (далее — ПД) и дают согласие Оператору ПД — Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН Страховщика указаны в Договоре страхования) — на обработку своих персональных данных в целях:

- 1) подготовки заявления о заключении Договора;
- 2) формирования, заключения и дальнейшего исполнения Договора;
- 3) продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты — почтовый ящик);
- 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров;
- 5) поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

Обработка персональных данных включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

Заключая (подписывая) Договор, Страхователь подтверждает, что получил соответствующее согласие на обработку персональных данных от Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей, указанных в Договоре.

Согласие предоставляется на срок действия Договора и в течение 5 (пяти) лет с момента его окончания либо до момента его отзыва.

Отзыв согласия осуществляется по письменному заявлению, направляемому Страховщику на адрес, указанный в Договоре. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей.

В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика.

Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 12. Заключительные положения

12.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

12.2. Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках Договора, являются его составной частью. К таким документам относятся документы,

необходимые для заключения Договора и осуществления Страховой выплаты, настоящие Правила, а также все относящиеся к Договору надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

- 12.3. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей, Застрахованных и Выгодоприобретателей при уплате ими страховой премии или получении ими страховых выплат.
- 12.4. При наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования или освобождается от их выполнения, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы, сбои в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.
- 12.5. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.
- 12.6. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), в соответствии с настоящими Правилами считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанных в Договоре или в заявлении о выплате страхового возмещения:
- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре или заявлении о страховой выплате;
  - почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре или заявлении о страховой выплате;
  - по электронной почте по электронному адресу, указанному в Договоре или заявлении о Страховой выплате.

Если в заявлении о страховой выплате или Договоре не указан способ уведомления Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, то уведомление осуществляется по электронной почте — по электронному адресу, указанному в Договоре или заявлении о страховой выплате страхового возмещения, а при отсутствии электронного адреса — простым или заказным письмом по адресу, указанному в Договоре.

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

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

сообщения в адрес Страхователя, Застрахованного лица.

В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязуется в течение 7 (семи) рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель).

## Варианты страховых сумм на 1 единицу страховой защиты

График изменения страховой суммы при 1 единице защиты

Возраст, полных лет	Страховая сумма, руб.
0-18	576 000
19-21	570 000
22	564 000
23	558 000
24	552 000
25	540 000
26	528 000
27	516 000
28	504 000
29	492 000
30	480 000
31	468 000
32	456 000
33	444 000
34	432 000
35	420 000
36	408 000

Возраст, полных лет	Страховая сумма, руб.
37	396 000
38	384 000
39	372 000
40	348 000
41	324 000
42	300 000
43	276 000
44	252 000
45	228 000
46	204 000
47	180 000
48	156 000
49	132 000
50	120 000
51	118 800
52	117 600
53	116 400

Возраст, полных лет	Страховая сумма, руб.
54	115 200
55	114 000
56	112 800
57	111 600
58	110 400
59	109 200
60	108 000
61	106 800
62	105 600
63	104 400
64	103 200
65	102 000
66	100 800
67	99 600
68	98 400
69	97 200
70	96 000

Примечание:

Изменение страховой суммы вступает в силу с первого числа месяца, следующего за месяцем, в течение которого у Застрахованного наступает очередной день рождения.

## Максимально допустимое количество единиц защиты

Возраст, полных лет	Количество единиц защиты
0-18	3
19-21	5
22	5
23	5
24	5
25	5
26	6
27	6
28	6
29	6
30	6
31	7
32	7
33	7
34	7
35	8
36	8
37	8

Возраст, полных лет	Количество единиц защиты
38	9
39	9
40	10
41	11
42	12
43	13
44	14
45	15
46	16
47	17
48	18
49	19
50-70	20

Примечание:

Изменение максимально допустимого количества единиц защиты вступает в силу с первого числа месяца, следующего за месяцем, в течение которого у Застрахованного наступает очередной день рождения.

Приложение № 2 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей



АО «Группа Ренессанс Страхование»  
www.renins.ru  
info@renins.com

115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12  
Тел.: 8 495 725-10-50  
Факс: 8 495 967-35-35

Полис № \_\_\_\_\_

город заключения

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования с АО «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик). Полис заключается на основании устного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей №029 от 03.03.2021 г., (далее – «Правила страхования»), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса (оферты), подписанного Страховщиком, выданного Страхователю Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ акцептом настоящего Полиса (оферты) считается уплата страховой премии в соответствии с условиями, содержащимися в Полисе. В случае расхождения положений настоящего Полиса с положениями Правил страхования применяются положения Полиса.

<b>Страховщик:</b> Акционерное общество «Группа Ренессанс Страхование» Лицензия СЛ №1284 , выдана ЦБ РФ без ограничения срока действия, 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д.11, этаж 10, пом.12, тел: 8-800-333-88-00, ОГРН 1187746794366, ИНН 7725497022, www.renins.ru, Электронная почта info@renins.com	
<b>Страхователь</b>	Фамилия, Имя, Отчество
Дата рождения	
Телефон/ Электронная почта	
Адрес жительства (регистрации)	
Документ, удостоверяющий личность	Паспорт гражданина РФ/Паспорт иностранного гражданина Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность
Территория страхования	Российская Федерация
Срок страхования	00:00 (UTC +03:00) ДД.ММ.ГГГГ      23:59 (UTC +03:00) ДД.ММ.ГГГГ Настоящий Полис может быть автоматически продлен в соответствии с п. 5.7 Правил страхования
Страховая премия в рублях в месяц	
Порядок уплаты страховой премии	Страховая премия оплачивается единовременно при заключении Полиса страхования. При неуплате страховой премии Полис считается не вступившим в силу.
<b>Выгодоприобретатель</b>	По риску Смерть – наследники Застрахованного, по риску Злокачественных образований - Застрахованный
<b>Застрахованный 1</b>	Фамилия, Имя, Отчество
Дата рождения	
Гражданство	
Паспорт/ Свидетельство о рождении	Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность
Родственная связь со Страхователем	
Количество единиц защиты	
<b>Застрахованный 2</b>	Фамилия, Имя, Отчество
Дата рождения	
Гражданство	
Паспорт/ Свидетельство о рождении	Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность
Родственная связь со Страхователем	
Количество единиц защиты	

**ОПИСАНИЕ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ:**

Вид страхования	Застрахованный риск	Страховая сумма, рублей
-----------------	---------------------	-------------------------

<b>страхование от несчастных случаев и болезней</b>		
<b>Особые условия</b>		

Страховой тариф рассчитывается как отношение страховой премии к страховой сумме.

Полный перечень размеров страховых сумм и выплат по выбранному варианту защиты см. в Приложении 1 к Правилам страхования, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. Размер страховой суммы определяется путем умножения количества единиц защиты, выбранного Страхователем для данного Застрахованного и указанного в Приложении №1 к Полису страхования, на размер страховой суммы для одной единицы защиты в соответствии с возрастом Застрахованного, определенной в Приложении №1 к Правилам страхования. В течение срока действия настоящего Полиса стороны вправе изменить указанный порядок определения страховой суммы путем заключения дополнительного соглашения.

Согласно подпунктам ж) п.4.4., б) п.4.5. Правил страхования события не признаются страховыми случаями, и выплата страхового возмещения не производится, если данные события наступили в первые 90 дней с начала срока страхования по настоящему Полису.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса до даты начала срока страхования, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию в полном объеме. При отказе Страхователя от настоящего Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения настоящего Договора, но после даты начала срока страхования, Страхователь вправе получить часть уплаченной страховой премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Денежные средства возвращаются Страхователю в течение десяти рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от настоящего Договора. Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком (его представителем) письменного заявления Страхователя об отказе от Договора. При отказе Страхователя от Договора в иных случаях (в том числе по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения настоящего Договора), а также если по Договору страхования произошел страховой случай по любому из рисков, возврат страховой премии не производится.

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделе 8 Правил страхования.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Полисе.

Принимая настоящий Полис и оплачивая страховую премию, Страхователь/ Застрахованный:

- подтверждает, что Страхователь, Застрахованные лица, Выгодоприобретатель:
  - не являются иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций и/или его родственником, лицом замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечень должностей, определяемые Президентом РФ, а также родственником вышеуказанных лиц. В ином случае обязуюсь предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя/степень родства/статус (супруг или супруга).
  - не имеют регистрации, места жительства, счета в банке в государстве (на территории), которое(-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ.
- выражает согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием здоровья Застрахованного для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой прав, а также согласие на право медицинских учреждений, в которых Застрахованный получил (получает) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного, диагнозе заболеваний Застрахованного и иные сведения, полученные при обследовании и лечении Застрахованного после наступления заявленного Страховщику несчастного случая;
- подтверждает, что поставлен в известность, понимаем и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания настоящего Полиса недействительным в соответствии с законодательством РФ;
- подтверждает достоверность вышеприведенной информации и обязуется при изменении любых сведений, указанных в настоящем Полисе, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней. Сведения, представленные Страхователем при заключении настоящего Полиса, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
- выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику в целях 1) исполнения обязательств по данному Полису; 2) продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи; 3) уточнения (обновления, изменения) неполных или неточных персональных данных посредством получения Страховщиком таких данных из общедоступных источников, включая, но не ограничиваясь, поисковых систем, социальных сетей, операторов связи, 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях

осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров а также в иных целях, указанных в правилах страхования. Настоящее согласие действует 5 лет или до момента письменного отзыва согласия субъектом. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, указанных в договоре страхования.

• подтверждает, что ознакомлен и согласен с текстом настоящего Полиса и Правил страхования, обязуется их выполнять, текст Правил страхования получил следующим способом:

- на бумажном носителе;
- по электронной почте по адресу, указанному в настоящем Полисе;
- на официальном сайте Страховщика ([www.renins.ru](http://www.renins.ru)), где Правила страхования размещены в свободном доступе для просмотра и копирования.

• подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24.

• выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.

• выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Страхователь несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в настоящем Полисе.

Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Документы по страховым случаям можно направить почтой или предоставить их лично в нашем офисе по адресам: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, 3 этаж, NS-Claims@renins.com, тел. 8 (800) 333-8-800.

<b>Приложения</b>	№1 – Правила страхования на случай онкологических заболеваний для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей №029 от 03.03.2021 г.	
<b>Подпись Страховщика</b>	Печать и подпись	ФИО представителя Страховщика
		Должность представителя Страховщика
		Доверенность № _____

# Заявление на получение страховой выплаты по договору страхования от онкологического заболевания

Я, \_\_\_\_\_, являясь

Застрахованным  Выгодоприобретателем  Родственником  Наследником по закону  Законным представителем

По Договору страхования от несчастных случаев и болезней № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (далее – Договор страхования),

прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования, в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

злокачественное новообразование  смерть Застрахованного

Иное: \_\_\_\_\_

## Сведения о Застрахованном

Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения

Гражданство

Место рождения

Телефон

Электронная почта

Адрес жительства (регистрации)

Адрес места пребывания

Документ, удостоверяющий личность

Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ

ИНН (при наличии)

СНИЛС (при наличии)

Место работы

Должность

## Сведения о Выгодоприобретателе (если это иное, отличное от Застрахованного лицо)

Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения

Гражданство

Место рождения

Телефон

Электронная почта

Адрес жительства (регистрации)

Адрес места пребывания

Документ, удостоверяющий личность

Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ

ИНН (при наличии)

СНИЛС (при наличии)

Место работы

Должность

Является ли Застрахованный или Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ\*) или родственником ПДЛ?

Нет  Да, является ПДЛ  Да, является родственником ПДЛ

Если Вы ответили «Нет», перейдите к заполнению следующего пункта заявления.

Если Вы ответили «Да» — дополнительно укажите:

- занимаемую должность лица, относящегося к ПДЛ, наименование и адрес его работодателя;

- степень родства либо статус (супруг или супруга) по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ):

\* К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц.

## Сведения о событии

Дата события .....

Время события: .....

Место события .....

Описание обстоятельств события (следует перечислить последовательность событий, характер болезни):  
.....  
.....

Наименование и адреса медицинских учреждений, где оказывалась медицинская помощь / было диагностировано заболевание):  
.....

Находилась ли Застрахованное лицо на момент наступления страхового события в состоянии алкогольного/наркотического опьянения:

Нет

Да

## К Заявлению прилагаются документы\*\*:

В случае **смерти Застрахованного** (нужное подчеркнуть): документ, удостоверяющий личность заявителя; документы, удостоверяющие право наследования; нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного, выданного ЗАГС; медицинское свидетельство о смерти с указанием причины смерти; копия карты (выписка из карты) амбулаторного и/или стационарного больного; копия протокола патологоанатомического исследования трупа / заключения эксперта / акта судебно-медицинского исследования трупа; копия постановления об отказе в возбуждении / возбуждении уголовного дела/ решение Суда, **другое:**  
.....

В случае **обнаружения злокачественного новообразования Застрахованного** (нужное подчеркнуть): документ, удостоверяющий личность заявителя, копия карты (выписка из карты) амбулаторного и/или стационарного больного, листки нетрудоспособности (копии заверенные отделом кадров), рентгеновские снимки, результаты морфологического (гистологического) исследования биопсийного материала, извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма N 090/У), полный окончательный диагноз с указанием кода по МКБ10 классификации TNM и стадии опухолевого процесса, регистрационная карта больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/ГРР), протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (форма №014-1/у), контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/У), заключение врача онколога (гематолога), анамнез (история развития) настоящего заболевания, **иное:**  
.....

## Порядок страховой выплаты

Банковским переводом. Платежные реквизиты Выгодоприобретателя:

Наименование банка .....

ИНН банка .....

БИК .....

Корреспондентский счет .....

Расчетный счет .....

№ личного счета .....

Наличными через кассу Страховщика

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю АО «Группа Ренессанс Страхование» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая. Прошу произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, определенному Договором страхования.

Подпись .....

Дата .....

**АО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать предоставленную конфиденциальную информацию**

Заполняется сотрудником АО «Группа Ренессанс Страхование»:

Ф. И. О сотрудника .....

Подпись .....

Дата принятия документов .....

\*\* Если Договором страхования не предусмотрено иное, документы предоставляются в оригинале, либо копии заверенные выдавшей организацией.

Я, .....

Паспорт серия: ..... номер: ..... Дата выдачи: .....

Кем выдан: .....

Адрес регистрации: .....

Адрес проживания: .....

телефон: ..... e-mail: .....

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее — «ПД») и даю согласие на их обработку АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12 (далее — «Оператор ПД»), в целях исполнения Договора страхования № ..... от ..... (далее — Договор), а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке страховых услуг, в том числе путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, на совершение следующих действий с ПД: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, день рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, имущественное положение, профессия, доходы, состояние здоровья и другие категории ПД. Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12, не менее чем за три рабочих дня до даты отзыва согласия.

В случае достижения цели обработки персональных данных Оператор ПД обязан незамедлительно прекратить обработку персональных данных и уничтожить соответствующие персональные данные в срок, не превышающий 3 (трех) рабочих дней с момента достижения цели обработки ПД.

Я проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД АО «Группа Ренессанс Страхование» предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в АО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись .....

Дата .....

Я, .....

Паспорт серия: ..... номер: ..... Дата выдачи: .....

Кем выдан: .....

Адрес регистрации: .....

Адрес проживания: .....

телефон: ..... e-mail: .....

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12 (далее — «Страховщик»), в целях исполнения Договора страхования № ..... от ..... (далее — Договор), иных услуг и защитой моих прав, а также Страхователю

получать информацию, имеющуюся в медицинской организации, в учреждении, осуществляющем предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в организации, осуществляющей судебно-медицинскую экспертную деятельность, и иных организациях и компетентных органах, располагающих сведениями о состоянии моего здоровья, составляющими врачебную тайну, в том числе сведения о результатах моих медицинских обследований, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также разглашать сведения и предоставлять документы, составляющие врачебную тайну, в целях исполнения Договора и в интересах лица, застрахованного по указанному Договору, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки персональных данных: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих персональных данных АО «Группа Ренессанс Страхование», предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12, не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва согласия

Подпись .....

Дата .....

Приложение №4 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций, и членов их семей

## Заявление на выдачу дубликата договора страхования

Я, \_\_\_\_\_,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) \_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., прошу Вас выдать дубликат договора страхования (полиса), в связи с утерей оригинала договора страхования (полиса).

Телефон для связи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО Страхователя

\_\_\_\_\_  
Подпись Страхователя

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Кому:** АО «Группа Ренессанс Страхование»  
Адрес местонахождения юридического лица:  
115114, г. Москва, Дербеневская набережная,  
дом 11, этаж 10, пом. 12

**От кого:** \_\_\_\_\_  
(ФИО Страхователя)

Адрес места жительства Страхователя: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

## Заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

настоящим заявлением отзываю свое согласие на обработку персональных данных, выраженное в Договоре страхования \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Персональными данными является любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному, или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе его фамилия, имя, отчество, дату и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия.

В соответствии с пунктом 5 статьи 21 Федерального закона от «27» июля 2006 года №152-Ф «О персональных данных», в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных оператор обязан прекратить их обработку или обеспечить прекращение такой обработки (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, если иное не предусмотрено договором, стороной которого, выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, иным соглашением между оператором и субъектом персональных данных либо если оператор не вправе осуществлять обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных на основаниях, предусмотренных настоящим Федеральным законом или другими федеральными законами.

В связи с вышеизложенным прошу в течение тридцати дней с момента получения данного заявления прекратить обработку моих персональных данных и уничтожить мои персональные данные.

\_\_\_\_\_  
ФИО Страхователя

\_\_\_\_\_  
Подпись Страхователя

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## Расчет возврата страховой премии

На Ваш запрос сообщаем, что согласно предоставленных Вами документов:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

и полученной страховой премии по договору № \_\_\_\_\_

расчет излишне уплаченной страховой премии к возврату следующий:

1. По Застрахованному \_\_\_\_\_ в 20\_\_ г. поступила следующая страховая премия:

20__г.	Сумма страховой премии, поступившая за Застрахованного ФИО
январь	
февраль	
март	
апрель	
май	
июнь	
июль	
август	
сентябрь	
октябрь	
ноябрь	
декабрь	

2. Событие, повлекшее за собой изменение статуса Застрахованного \_\_\_\_\_, в результате чего он более не может быть застрахованным по действующим Правилам страхования, произошло \_\_\_\_ 20\_\_ г.
3. Согласно п. \_\_\_\_ Правил страхования Договор страхования в отношении Застрахованного \_\_\_\_\_ должен быть прекращен с 1 \_\_\_\_ 20\_\_ г.
4. С 1 \_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_ 20\_\_ г. за Застрахованного \_\_\_\_\_ поступила страховая премия в размере \_\_\_\_\_ руб.

Размер излишне уплаченной страховой премии к возврату составляет \_\_\_\_\_ руб.

Руководитель \_\_\_\_\_ в г. \_\_\_\_\_ /ФИО/

МП

Приложение №7 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей

Кому: в АО «Группа Ренессанс Страхование»  
Факс +7 (495) 967-35-35

От: \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Застрахованного лица

Дата: [ ][ ] [ ][ ] года

**Распоряжение о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти**

Я являюсь Застрахованным лицом согласно Договору страхования

№WCN- [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ] от [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] года (далее Договор))  
между АО «Группа Ренессанс Страхование», далее «Страховщик») и

(«Страхователь»).

Все используемые в данном Распоряжении термины имеют тоже значение, что и в вышеуказанном Договоре.

Лица, указанные мной ниже, с моего согласия назначены Выгодоприобретателями в случае моей смерти [далее указать Ф.И.О. Выгодоприобретателя, дату его/ее рождения, степень родства, паспортные данные и желательно адрес места жительства. Если назначается несколько Выгодоприобретателей, то указать долю каждого Выгодоприобретателя в общей страховой выплате]:

1. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество Дата рождения Степень родства

[ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Номер паспорта Где и кем выдан

[ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Дата выдачи паспорта Доля (%) в страховой выплате: [ ][ ][ ] %

[ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Индекс Адрес места жительства

2. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество Дата рождения Степень родства

[ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Номер паспорта Где и кем выдан

[ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Дата выдачи паспорта Доля (%) в страховой выплате: [ ][ ][ ] %

[ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Индекс Адрес места жительства

3. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество Дата рождения Степень родства

[ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Номер паспорта Где и кем выдан

[ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Дата выдачи паспорта Доля (%) в страховой выплате: [ ][ ][ ] %

[ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Индекс Адрес места жительства

Настоящее Распоряжение отменяет все ранее выданные мной распоряжения о назначении выгодоприобретателя(ей) и является единственным документом, определяющим состав лиц, уполномоченных на получение страховой выплаты по Договору (в связи со смертью) до отмены данного Распоряжения новым распоряжением.

Подписывая настоящее Распоряжение, Застрахованный тем самым подтверждает Страховщику, что Застрахованный получил согласие от Выгодоприобретателей, указанных в настоящем Распоряжении, на использование Страховщиком их персональных данных в целях исполнения Договора: Фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес места жительства, в том числе согласие на обработку Страховщиком их персональных данных, указанных в настоящем Распоряжении, включая распространение, использование, обезличивание и трансграничную передачу. Согласие предоставляется на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пять) лет с момента его окончания и может быть отозвано Застрахованным или Выгодоприобретателем путем направления письменного уведомления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Застрахованного лица

\_\_\_\_\_ Полностью (заполняется вручную)

\_\_\_\_\_ Подпись Застрахованного лица

Собственноручную подпись распорядителя (Застрахованного лица) удостоверяю.

--	--

2	0		
---	---	--	--

года МП

Дата

Подпись

ФИО удостоверяющего лица

Должность удостоверяющего лица

Приложение №8 к Правилам страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей

## Заявление

В соответствии с «Правилами страхования на случай онкологического заболевания для штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей», утвержденных Приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» № 029 от 3 марта 2021 г., прошу заключить Договор страхования:

### Сведения о Страхователе (Заявителе)

Фамилия, имя, отчество	
Гражданство	
ИНН (при наличии), СНИЛС (при наличии)	
Дата и место рождения	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии)	
Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
Контактная информация (при наличии: телефон, e-mail)	
Статус публичного должностного лица (ПДЛ) <sup>1</sup> ; отношение к ПДЛ	<input type="checkbox"/> Да (является ПДЛ) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)
Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	
Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ	
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

### Сведения о Застрахованных

№	Фамилия, имя, отчество	Дата и место рождения, гражданство	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения	Данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, срока действия) - для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	адрес	Родственная связь*	Род занятий	Количество единиц защиты
1								
2								
3								

<sup>1</sup> К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц

4								
5								
6								

\* Указывается в соответствии с условиями Правил страхования, исходя из следующих формулировок:

**Супруг(-а)** – лицо, находящееся в зарегистрированном браке со Страхователем (супругом/супругой) или находящееся со Страхователем в фактически брачных отношениях, не зарегистрированных в установленном законом порядке в органах записи актов гражданского состояния).

Родственники: **Родитель** – лицо, находящееся в родственной связи со Страхователем, его супругом (супругой) по прямой восходящей; **Брат, Сестра** – полнородные и неполнородные (имеющие общих отца или мать) брат и сестра Страхователя, его супруга (супруги); **Ребенок/Дети** – дети Страхователя и его / ее супруги (супруга), а также находящиеся под опекой / попечительством (в том числе на условиях приемной семьи) у Страхователя или его / ее супруги (супруга); **Внуки** Страхователя и его / ее супруги (супруга); **Племянники** – дети полнородных или неполнородных брата и сестры Страхователя и его / ее супруги (супруга).

АНКЕТА			
1	Является ли кто-либо из Застрахованных инвалидом или ребенком-инвалидом либо имеет направление на комиссию по установлению инвалидности	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
2	Имеет ли кто-либо ранее переносил кто-либо из Застрахованных одно из следующих заболеваний: злокачественное новообразование любой локализации, в т.ч. злокачественное заболевание крови и/или лимфатической системы, хронический вирусный гепатит и/или цирроз печени	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
3	Является ли кто-либо из Застрахованных носителем ВИЧ или болен СПИДом	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
4	Является ли кто-либо из Застрахованных лицом, страдающим психическим заболеванием или расстройством	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
5	Занимается ли кто-либо из Застрахованных профессиональной деятельностью, объективно связанной с существенно повышенным уровнем заболеваемости злокачественными новообразованиями, а именно: работа с контактом с радиацией и токсичными материалами, работа под водой, в нефтяной или газовой промышленности, работа под землей, например в шахтах, работа с опасными химическими и взрывчатыми веществами или составами	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
6	Состоит ли кто-либо из Застрахованных на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____

Подписывая настоящее Заявление:

1. Я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику в целях 1) исполнения обязательств по данному Полису; 2) продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи; 3) уточнения (обновления, изменения) неполных или неточных персональных данных посредством получения Страховщиком таких данных из общедоступных источников, включая, но не ограничиваясь, поисковых систем, социальных сетей, операторов связи, 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров а также в иных целях, указанных в правилах страхования. Настоящее согласие действует 5 лет или до момента письменного отзыва согласия субъектом. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, указанных в договоре страхования.
2. Выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая.
3. Подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь либо Застрахованный ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора

страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

4. Подтверждаю достоверность вышеприведенной информации и обязуюсь при изменении любых сведений, указанных в настоящем Заявлении, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней. Сведения, представленные в Заявлении, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

Страхователь: \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.