

**Общество с ограниченной ответственностью  
«РСХБ-Страхование жизни»  
(ООО «РСХБ – Страхование жизни»)**

УТВЕРЖДЕНЫ  
Приказом ООО «РСХБ-Страхование жизни»  
от 27.04.2026 № 52-ОД

**Правила страхования № МС-1  
(редакция №4)**

**Москва**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

1. Общие положения.....	3
2. Термины и определения .....	3
3. Объект страхования. Субъекты страхования.....	6
4. Страховой риск. Страховой случай .....	8
5. Объем страховой ответственности.....	14
6. Исключения из объема страховой ответственности .....	16
7. Территория страхования. Срок страхования, срок действия договора страхования .....	19
8. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии .....	19
9. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования .....	21
10. Порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая .....	27
11. Порядок определения и осуществления страховой выплаты .....	29
12. Права и обязанности сторон.....	30
13. Основания отказа в страховой выплате .....	32
14. Порядок разрешения споров .....	32

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования № МС-1 (далее – Правила страхования, Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Страховщиком договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор страхования, страховой полис).

1.2. Информация о Страховщике размещена на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», сведения об адресе которого содержатся в договоре страхования.

1.3. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

1.4. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь (далее по тексту – «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования или о дополнении Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации). Все изменения и дополнения к Правилам страхования указываются в договоре страхования и приложенных к нему документах. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

1.5. Страховщик вправе на основе Правил страхования формировать полисные условия страхования (выдержки/выписки из Правил страхования/условия страхования), программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования (страховые продукты), заключаемых на основе Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и Правилам страхования, а также присваивать маркетинговые названия, отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации, и в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

## 2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. В рамках настоящих Правил страхования используются следующие определения:

**Агрегатная страховая сумма** - страховая сумма, размер которой, установленный при заключении договора страхования уменьшается на размер суммы страховых выплат, осуществленных Страховщиком по всем страховым случаям, наступившим по в течение срока страхования.

**Ассистанская компания (сервисная организация)** – специализированная организация, которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, обеспечивает организацию и оказание медицинских и/или иных услуг Застрахованным лицам по поручению Страховщика.

**Болезнь (заболевание)** - диагностированное сертифицированным медицинским работником нарушение жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем, приводящее к временному или постоянному нарушению и/или утрате трудоспособности, а также смерти Застрахованного лица.

**Врач (а также - сертифицированный (квалифицированный) медицинский специалист)** – специалист с высшим медицинским образованием, на законных основаниях и в соответствии с имеющимися сертификатами, квалификацией допущенный к осуществлению медицинской практики соответствующей специализации.

**Декларация о состоянии здоровья** (далее – Декларация) – декларация, анкета, содержащая информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица до момента заключения Договора страхования. Обстоятельства, изложенные в Декларации о состоянии здоровья,

имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также для согласования сторонами условий Договора страхования о Застрахованном лице. Декларация может являться отдельным документом, либо быть частью документа (Заявления, Договора страхования, Страхового полиса и т.д.). Заключая Договор страхования и/или подписывая Декларацию, Застрахованное лицо подтверждает соответствие состояния своего здоровья сведениям, содержащимся в Декларации.

**Дневной стационар** – условия, предусматривающие медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Дневной стационар обеспечивает структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

**Койко-день** – экономическая условная единица равная суткам пребывания одного человека в стационаре лечебно-профилактических учреждений. День госпитализации в стационар и выписки из него считаются за один койко-день.

**Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного страхования, Ключевой информационный документ** – стандартизированный информационно-справочный документ, содержащий минимальные (стандартные) требования к объему и содержанию предоставляемой Страховщиком информации о договоре добровольного страхования.

**Личный кабинет** - информационный ресурс на официальном сайте Страховщика в сети Интернет, обеспечивающий электронное взаимодействие между Страхователем и Страховщиком.

**Лимит ответственности Страховщика**– максимальный размер страховой выплаты, установленный договором страхования и/или Программой медицинского страхования по отдельным заболеваниям (состояниям) и/или иным услугам. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских и/или услуг, койко-дней и т.п.) в том числе по отдельным видам медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям.

**Международная классификация болезней** (далее по тексту также МКБ, МКБ-10) – документ, содержащий международную классификацию болезней, принятый сорок третьей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, а также более поздние редакции, принятые уполномоченной международной организацией и введенные в действие на территории Российской Федерации приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Медицинское учреждение / медицинская организация, лечебно-профилактическое учреждение** (далее **медицинская организация**) – юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством страны, в которой находится соответствующее медицинское учреждение, оснащенное материально-техническими средствами и укомплектованное квалифицированным персоналом.

**Медицинские услуги** – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение и имеющих самостоятельное законченное значение. В том числе:

**Лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

**Реабилитация (восстановительное лечение)** – комплекс мероприятий по оказанию медицинской помощи и иных услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих

(устраняющих) степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица последствий заболеваний, необходимых вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, проводимых в стационарных (в том числе в условиях санаториев) или амбулаторных условиях (за исключением услуг на дому), направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, а также на улучшение качества жизни и сохранение работоспособности Застрахованного лица.

**Иные услуги** – услуги, не входящие в состав медицинских услуг, связанные с оказанием и организацией оказания медицинских услуг в частности, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг (конкретный объем и перечень иных услуг, указывается в Правилах страхования и/или Программе медицинского страхования).

**Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, предусматривающий объем (виды) медицинских и иных услуг, предоставляемых Застрахованному лицу, а также порядок организации и оказания таких услуг в рамках договора страхования.

**Первичное диагностирование (первичная постановка диагноза)** – факт установления врачом впервые в жизни Застрахованному лицу диагноза заболевания (включающее комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия (отсутствия) заболеваний, осуществляемых посредством проведения лабораторных, инструментальных, и иных исследований в целях определения диагноза).

**Предшествующие состояния (заболевания)** - любые заболевания, которые были диагностированы у Застрахованного лица, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями, до даты начала действия договора страхования.

**Профессиональный спорт** – часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности физические лица (спортсмены) получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату.

**Страховой риск** - предполагаемое событие, предусмотренное договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами проводится страхование.

**Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

**Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

**Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

**Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

**Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, в соответствии с условиями договора страхования.

**Страховая выплата** - оплата Страховщиком стоимости медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Правилами страхования и/или Программой ДМС, путем безналичного перечисления непосредственно на счет медицинских и/или иных организаций и/или возмещение расходов Застрахованному лицу

(если прямо предусмотрено договором страхования).

**Срок страхования** - период времени, определенный договором страхования, в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат при наступлении страховых случаев, предусмотренных Правилами.

**Страхование в валютном эквиваленте** – указание в договоре страхования сумм (страховая премия, страховая сумма, лимиты ответственности, суммы выплат) в иностранной валюте. При этом все расчёты по договору страхования (в том числе, по уплате страховой премии, перечислению страховой выплаты) осуществляются в рублях по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Банком России на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами и (или) договором страхования.

**Электронный документ** - документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

**Электронная подпись** - информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию. Простая электронная подпись - электронная подпись, которая посредством использования кодов, паролей или иных средств подтверждает факт формирования электронной подписи определенным лицом.

2.2. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные определения, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и остальным положениям Правил страхования.

### **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

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

3.2. Субъекты страхования:

3.2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «РСХБ-Страхование жизни» (ООО «РСХБ-Страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании полученной в установленном порядке лицензии.

3.2.2. Страхователь – юридическое лицо и дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

3.2.3. Выгодоприобретатель – Застрахованное лицо.

3.2.4. Застрахованное лицо – физическое лицо, названное в договоре страхования физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен договор страхования.

В рамках действия настоящих Правил договор страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые на момент заключения договора не относятся к нижеследующей(им) категории(ям):

- лица, которым установлена инвалидность I группы;
- лица, нуждающиеся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, являющиеся недееспособными физическими лицами;
- лица, имеющие заболевания и(или) функциональные нарушения из нижеуказанных (по которым в течение жизни устанавливался диагноз, проводилось и(или)

проводится лечение, либо в отношении которых лицо находилось (находится) под наблюдением врача-специалиста): СПИД или ВИЧ-инфекция; любые злокачественные новообразования, в том числе но не ограничиваясь: рак *in situ*; лейкозы; миелома; лимфомы; болезнь Ходжкина; любые виды опухолей или кист головного мозга и/или спинного мозга; аневризмы и/или мальформации сосудов головного мозга; пищевод Барретта; дисплазия шейки матки средней или тяжелой степени (CIN 2 - CIN 3); полицитемия; узловая и/или пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии; фиброаденома молочной железы; язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, последнее обострение которой было менее 2 (двух) лет до заключения договора страхования, и/или язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, протекающая (-вшая) с осложнениями (стеноз, кровотечения, перфорация), последнее обострение которой было менее 5 (пяти) лет до заключения договора страхования; болезнь Крона; неспецифический язвенный колит; циррозы печени любой этиологии; алкогольная болезнь печени; хронический панкреатит, требующий наблюдения и лечения; аутоиммунные заболевания (ревматизм, системная красная волчанка, болезнь Вагнера, склеродермия); хроническая дыхательная недостаточность II-III степени; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); первичный иммунодефицит; амилоидоз; крипторхизм; синдром Дауна; сахарный диабет I типа; тяжелая и/или декомпенсированная форма сахарного диабета II типа; сахарный диабет II типа, осложнённый наличием следующих заболеваний: сосудистые заболевания, диабетическая стопа, заболевания почек, глаз, нервной системы, головного мозга (ангиопатии, атеросклероз, нефропатии, офтальмопатии, ретинопатии, нейропатии, энцефалопатии); хроническая почечная недостаточность любой стадии; кардиомиопатия; перенесенный инфаркт миокарда; ишемическая болезнь сердца/стенокардия; кардиосклероз; пороки сердца врожденные и/или приобретенные; лица, перенесшие инсульт (нарушение мозгового кровообращения);

— лица, которым устанавливался диагноз эпилепсии, слабоумия, психических заболеваний и/или расстройств поведения;

— лица, состоящие на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах;

— лица, перенесшие хирургические операции по трансплантации органа или его части (в том числе, но не ограничиваясь, костного мозга); операции на сердце и его сосудах; аорте; операции шунтирования, стентирования; трепанации черепа, не связанные с черепно-мозговой травмой;

— лица, у которых за 3 (три) месяца, предшествующих заключению договора страхования, отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более);

— лица, имеющие выраженный дефицит массы тела, ожирение II – III степени;

— лица, у которых отмечалась патологическая кровопотеря из любых источников;

— лица, имеющие отклонения от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров (если такие исследования проводились);

— лица, подвергающиеся (подвергшиеся) воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

— лица, ближайшие родственники которых (отец, мать, братья, сестры) в возрасте до 60 лет болели онкологическими заболеваниями и/или умерли от рака (в случае, если этот факт был известен Застрахованному лицу до заключения договора страхования);

— лица, являющиеся медицинскими работниками (в случае заключения Договора страхования со страховым риском «Необходимость организации восстановительного лечения (реабилитации) после перенесенной новой коронавирусной инфекции в тяжелой форме»).

3.3. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 3.2.4. настоящих Правил.

3.4. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по

усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования, а также по итогам оценки страхового риска Страховщик вправе отказать в принятии на страхование определенного физического лица.

#### 4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском, согласно Правилам страхования, является риск возникновения в течение срока страхования обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в связи с:

4.1.1. Злокачественным новообразованием, а именно: злокачественным новообразованием, характеризующимся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток различного гистологического типа, проникающих в ткани, и относящимся к кодам С00-С43, С45-С97 по МКБ-10, за исключением: С44 – эпителиальных опухолей кожи (включая базалиому, плоскоклеточный рак), С91.1 – хронического лимфоцитарного В – клеточного лейкоза, а также возникновения новообразования при наличии у Застрахованного лица ВИЧ-инфекции или СПИДа (**далее – «Злокачественное новообразование»**)

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации предусмотренных страхованием медицинских и иных услуг в связи с возникновением обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом, при одновременном наличии следующих условий:

- диагноз злокачественного новообразования установлен Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;
- диагноз злокачественного новообразования подтвержден гистологическими или - в случае системных онкологических заболеваний - цитологическими исследованиями и заключением врача – онколога/гематолога;
- Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.2. Трансплантацией костного мозга, а именно плановым медицинским мероприятием, удовлетворяющим следующим условиям (**далее – «Трансплантация костного мозга»**):

- 1) событие признано страховым случаем по договору страхования;
- 2) в наличии донор, подходящий для трансплантации Застрахованному лицу;
- 3) оказание услуг осуществляется в больнице, подтвердившей возможность оказания услуги, согласованной Страховщиком;
- 4) не является экспериментальной процедурой и/или процедурой, выполняемой в научно-исследовательских целях;
- 5) проводится в соответствии с законодательством страны места оказания медицинских услуг.

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации предусмотренных медицинских и иных услуг в связи с возникновением обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом, при одновременном наличии следующих условий:

- 1) диагноз лимфомы или лейкоза установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден гистологически;
- 2) трансплантация костного мозга назначена лечащим врачом при лечении по

поводу заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования;

3) получено подтверждение необходимости проведения трансплантации не менее чем двумя врачами-специалистами в соответствующей области медицины в соответствии с принятыми медицинскими критериями;

4) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.3. Нейрохирургической операцией, а именно: хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга, признанные страховым случаем (далее - «**Нейрохирургическая операция**»).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации медицинских и иных услуг в связи с возникновением обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом, при одновременном наличии следующих условий:

1) нейрохирургическая операция назначена лечащим врачом при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования;

2) необходимость операции возникла в течение срока страхования и подтверждена данными магнитно-резонансной томографии;

3) получено подтверждение необходимости хирургического вмешательства, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;

4) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.4. Аортокоронарным шунтированием, а именно: хирургической операцией, направленной на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов), признанной страховым случаем (далее – «**Аортокоронарное шунтирование**»).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации предусмотренных страхованием медицинских и иных услуг в связи с возникновением обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом, при одновременном наличии следующих условий:

1) аортокоронарное шунтирование назначено при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования;

2) необходимость операции возникла подтверждена результатами коронарной ангиографии;

3) получено подтверждение необходимости хирургического вмешательства, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста-кардиолога из сертифицированного медицинского учреждения;

4) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

При этом любое коронарное заболевание, лечение которого осуществляется с помощью метода, не являющегося аортокоронарным шунтированием, например, хирургические операции по пластике сосудов, стентирование - страхованием не покрывается.

4.1.5. Хирургической операцией по замене / восстановлению сердечных клапанов, а именно: хирургической операцией на сердечных клапанах, рекомендованной лечащим врачом - кардиологом, направленной на замену или лечение одного/нескольких сердечных клапанов, признанной страховым случаем (далее – «**Операция на клапанах сердца**»).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений,

предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации предусмотренных страхованием медицинских и иных услуг в связи с возникновением обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом, при одновременном наличии следующих условий:

1. хирургическая операция на сердечных клапанах назначена лечащим врачом при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования;
2. необходимость операции (лечения) обусловлена развитием стеноза / недостаточности или комбинацией этих состояний и возникла в течение срока страхования;
3. получено подтверждение необходимости хирургического вмешательства, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;
4. Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.6. Необходимостью организации стационарного лечения Застрахованного лица в связи с установлением диагноза «грипп» (далее – **«Стационарное лечение гриппа»**).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации стационарного лечения в связи с установлением диагноза «грипп» (код блоков J9, J10 по МКБ-10), при одновременном наличии следующих условий:

- 1) диагноз «грипп» подтвержден лабораторными методами исследования (метод флуоресцирующих антител (МФА), иммунофлуоресценция, полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуно-ферментный анализ (ИФА) и т.п.) и заключением врача – терапевта;
- 2) диагноз заболевания установлен в течение срока страхования;
- 3) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.7. Необходимостью организации восстановительного лечения (реабилитации) после перенесенного Застрахованным лицом инсульта - острого нарушения кровоснабжения головного мозга (внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, эмболия венозного происхождения), повлекшего постоянный (стойкий) неврологический дефицит (далее – **«Восстановительное лечение (реабилитация) после инсульта»**).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования не ранее чем, через 1 (Один) месяц с момента установления Застрахованному лицу диагноза инсульт (код блоков I63.1-I63.9 по МКБ-10), для организации восстановительного лечения (реабилитации), при одновременном наличии следующих условий:

- 1) восстановительное лечение (реабилитация) лечение назначено врачом неврологом не ранее, чем через 1 месяц после впервые перенесенного Застрахованным лицом в течение срока страхования инсульта, возникшего в результате заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования;
- 2) постоянные (стойкие) неврологические нарушения подтверждены заключением врача-невролога и результатами магнитно-резонансной томографии и/или компьютерной томографии, соответствующими диагнозу инфаркт мозга или внутричерепное кровоизлияние;
- 3) неврологическая симптоматика наблюдается в течение не менее 1 (Одного) месяца с момента диагностирования у Застрахованного лица инсульта, и выражается в постоянной необратимой неспособности Застрахованного лица совершать одно или несколько из нижеуказанных действий:

— пройти 200 (Двести) метров без вспомогательных приспособлений (нарушение способности к самостоятельному передвижению);

— принять пищу, когда она уже приготовлена и доступна (нарушение способности к самообслуживанию 2 (Второй) степени);

— вербально общаться с окружающими без вспомогательных устройств (нарушение способности к общению 2 (Второй) степени);

— постоянная и необратимая утрата функции, по меньшей мере, одной конечности (рука, нога), подтвержденная заключением невролога.

4) получено подтверждение необходимости восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению (заключению) сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;

5) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.8. Необходимостью организации восстановительного лечения (реабилитации) после перенесенной Застрахованным лицом операции на сердце (**далее – «Восстановительное лечение (реабилитация) после операции на сердце»**), а именно:

— после хирургической операции направленной на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов), назначенной врачом кардиологом, для лечения заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования.

— после хирургической операции на сердечных клапанах, направленной на замену или лечение одного/ нескольких сердечных клапанов, назначенной врачом кардиологом, для лечения заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования.

**Страховым случаем**, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документальное подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации восстановительного лечения (реабилитации) в связи с перенесенной в течение срока страхования операции на сердце при одновременном наличии следующих условий:

1) восстановительное лечение (реабилитация) назначено врачом кардиологом после операции по поводу заболевания сердца, диагностированного впервые в течение срока страхования;

2) получено подтверждение необходимости восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению или заключению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;

3) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.9. Необходимостью организации восстановительного лечения (реабилитации) после перенесенной Застрахованным лицом коронавирусной инфекции в тяжелой форме – (**далее – «Восстановительное лечение (реабилитация) после коронавирусной инфекции»**).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документальное подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации восстановительного лечения (реабилитации) в связи с перенесенной в течение срока страхования коронавирусной инфекцией в тяжелой форме, при одновременном наличии следующих условий:

1) инфекционное заболевание (код блока U07.1 по МКБ-10), вызванное инфицированием штаммом коронавируса SARS-CoV-2, диагностированное квалифицированным врачом на основании положительных лабораторных тестов (вирус идентифицирован) на наличие SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), потребовавшее лечения в условиях круглосуточного стационара, продолжительностью не менее 5 (Пяти) календарных дней, что подтверждается медицинским документом;

2) восстановительное лечение (реабилитация) назначено в целях восстановления после перенесенной Коронавирусной инфекции в тяжелой форме, что подтверждено

выписным эпикризом, выданным медицинским учреждением;

3) диагноз Коронавирусной инфекции подтвержден лабораторным исследованием по методу ПЦР;

4) получено подтверждение необходимости восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению или заключению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;

5) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.1.10. Необходимостью организации восстановительного лечения (реабилитации) после тяжелой травмы, полученной Застрахованным лицом в течение срока страхования, **(далее – «Восстановительное лечение (реабилитация) после травмы»)**.

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации восстановительного лечения (реабилитации) в связи с перенесенной в течение срока страхования травмы головы (код S02 (за исключением кода S02.5), S07 по МКБ-10), нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза (код S31.0 и S32 по МКБ-10), при одновременном наличии следующих условий:

1) травма получена Застрахованным лицом в течение срока страхования, что подтверждено документом, выданным медицинским учреждением;

2) получено подтверждение необходимости восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению (заключению) сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;

3) Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4) Соблюдены условия для начала реабилитации после травмы головы:

- стабилизация состояния пациента. Пройденный острый период при тяжелой черепно-мозговой травме (может длиться до 10 недель). Сохранение жизненно важных функций, исключение угрожающих факторов (кровотечения, отек мозга), проведенная диагностика (КТ, МРТ) и оперативное лечение при необходимости.

- отсутствие острых противопоказаний, зафиксированных в предоставляемых медицинских документах)

5) Соблюдены условия для начала реабилитации после травмы спины:

- стабилизация позвоночника. Проведенная операция для удаления осколков, фиксации поврежденного сегмента металлическими конструкциями. При стабильных переломах фиксация корсетом.

- контроль болевого синдрома и отека, назначенные медикаментозные препараты для снятия боли и воспаления.

- исключение противопоказаний должно быть документально зафиксировано в предоставляемых медицинских документах (выписке из стационара; выписке из истории болезни; заключении лечащего врача из поликлиники по месту жительства.)

К общим противопоказаниям для проведения восстановительного лечения относятся:

- неконтролируемое кровотечение, выраженный инфекционный процесс, нестабильное состояние пациента, острые воспалительные процессы в организме, стадия обострения хронических заболеваний, онкологические заболевания в анамнезе;

- при травмах головы дополнительными противопоказаниями могут быть тяжелая внутричерепная гипертензия, продолжающееся кровоизлияние, судорожный статус;

- при травмах поясницы — нестабильный перелом с риском смещения, острый воспалительный процесс в позвоночнике.

4.1.11. Необходимостью организации восстановительного лечения (реабилитации) после перенесенного Застрахованным лицом инсульта и/или инфаркта в течение срока страхования **(далее – «Восстановительное лечение (реабилитация) после**

**инсульта/инфаркта»).**

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, является документальное подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации восстановительного лечения (реабилитации) в связи с перенесенным в течение срока страхования инсультом (код блоков I63.1-I63.9 по МКБ-10) и/или инфаркт миокарда (код I21.0-I21.9 по МКБ-10), при одновременном наличии следующих условий:

## 1. Условия для начала реабилитации после инсульта:

- восстановительное лечение (реабилитация) лечение назначено врачом неврологом не ранее, чем через 1 месяц после впервые перенесенного Застрахованным лицом в течение срока страхования инсульта (острого нарушения кровоснабжения головного мозга (внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, эмболия внечерепного происхождения), повлекшего постоянный (стойкий) неврологический дефицит), возникшего в результате заболевания, диагностированного впервые в течение срока страхования;

- постоянные (стойкие) неврологические нарушения подтверждены заключением врача-невролога и результатами магнитно-резонансной томографии и/или компьютерной томографии, соответствующими диагнозу инфаркт мозга или внутричерепное кровоизлияние;

- неврологическая симптоматика после перенесенного инсульта наблюдается в течение не менее 1 (Одного) месяца с момента диагностирования у Застрахованного лица инсульта, и выражается в постоянной необратимой неспособности Застрахованного лица совершать одно или несколько из нижеуказанных действий: пройти 200 (Двести) метров без вспомогательных приспособлений (нарушение способности к самостоятельному передвижению);/принять пищу, когда она уже приготовлена и доступна (нарушение способности к самообслуживанию 2 (Второй) степени); /вербально общаться с окружающими без вспомогательных устройств (нарушение способности к общению 2 (Второй) степени); / постоянная и необратимая утрата функции, по меньшей мере, одной конечности (рука, нога), подтвержденная заключением невролога.

## 2. Условия для начала реабилитации после инфаркта миокарда:

- восстановительное лечение (реабилитация) лечение назначено врачом после впервые перенесенного Застрахованным лицом в течение срока страхования инфаркт миокарда (уточненный как острый или установленной продолжительностью 4 недели (28 календарных дней) или менее от начала диагностирования);

- инфаркт миокарда без подъема ST или ИМ с подъемом ST нижней стенки левого желудочка после 10 суток;

- инфаркт миокарда с подъемом ST передней стенки левого желудочка после 13 суток;

- при удовлетворительном состоянии пациента ко дню направления на реабилитацию, со стабилизировавшимися изменениями ЭКГ или при наличии динамики, отражающей формирование постинфарктного рубца);

- достаточный уровень физической активности: дозированная ходьба 1500 м в 2–3 приема, подъем по лестнице на 1–2 пролета без стенокардии/отсутствие противопоказаний (должно быть документально зафиксировано в предоставляемых застрахованному лицу медицинских документах: выписке из стационара; выписке из истории болезни; заключении лечащего врача из поликлиники по месту жительства).

3. получено подтверждение необходимости восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению (заключению) сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;

4. Застрахованное лицо обратилось с полным пакетом документов, предусмотренных подп. 10.1.2. Правил страхования, в течение срока страхования.

4.2. Договор страхования может быть заключен на случай наступления как всех событий, из перечисленных в п. 4.1 Правил, так и отдельных из них и/или в любой

комбинации.

## 5. ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

5.1. При наступлении страхового случая в связи с наступлением обстоятельств, предусмотренных п. 4.1.1. – 4.1.5. Правил страхования, Страховщик оплачивает организацию и оказание следующих медицинских и иных услуг, прямо, предусмотренных договором страхования и/или программой медицинского страхования:

5.1.1. Лечение, проводимое по поводу страхового случая в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, в том числе:

- консультации и осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами, второе медицинское мнение по поводу впервые диагностированных заболеваний;

- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;

- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций и трансплантации, которые производятся только в случаях, прямо предусмотренных договором страхованием и в объеме, предусмотренном страхованием), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, разрешенные к применению в соответствии с применимым правом и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями;

- трансплантация костного мозга, выполняемая медицинской организацией, имеющей соответствующую лицензию;

- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения груди после проведения мастэктомии, включая стоимость имплантатов (если прямо предусмотрено договором страхования);

- лекарственные средства и расходные материалы, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

5.1.1.1. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях, при условии, что сообщение о страховом случае было заявлено и согласовано Страховщиком (сервисной компанией) в течение срока страхования, оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 30 (Тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования (если иной срок не установлен договором страхования), а также расходы в соответствии с п. 5.1.3. и 5.1.5. Правил страхования (если предусмотрено Договором страхования).

5.1.1.2. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях, при условии, что сообщение о страховом случае было заявлено и согласовано Страховщиком (сервисной компанией) в течение срока страхования, при наличии состояния, угрожающего жизни Застрахованного лица (прекращение оказываемой медицинской помощи может повлечь смерть Застрахованного лица), оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 90 (девяноста) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования (если иной срок не установлен договором страхования), а также расходы в соответствии с п. 5.1.3. и 5.1.5. Правил страхования (если предусмотрено Договором страхования).

5.1.2. Медицинская транспортировка (медицинская эвакуация) Застрахованного лица к поставщику медицинских услуг и/или между медицинскими организациями и возвращение обратно, включая трансфер автомобилем скорой медицинской помощи или на такси от места жительства до аэропорта (транспортного узла при отсутствии регулярных авиаперевозок), из аэропорта (транспортного узла) до отеля (апартаментов) и/или до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение, и обратно. Страховщик осуществляет оплату

организации и оказания услуг медицинского и/или иного сопровождения Застрахованного лица (в том числе, но не ограничиваясь этим, при экстренной медицинской транспортировке Застрахованного лица), только в случае наличия медицинских показаний к сопровождению Застрахованного лица, определенных врачом. Оплата организации и оказания услуг медицинского и/или иного сопровождения Застрахованного лица осуществляется в пределах лимитов, установленных договором страхования.

5.1.3. Оплата билета для Застрахованного лица (в том числе сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица), а также при наличии медицинских показаний – оплата медицинского сопровождения и дополнительных мест и оборудования в самолете (ином средстве транспорта) при регулярном рейсе.

5.1.4. Оплата проживания Застрахованного лица в месте оказания медицинских услуг на условиях, прямо предусмотренных договором страхования.

5.1.5. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица: транспортировка останков Застрахованного лица до места постоянного проживания Застрахованного лица перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо (если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, где произошла смерть), либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства (если Застрахованное лицо является гражданином страны, где произошла смерть).

5.2. При наступлении страхового случая в связи с наступлением обстоятельств, предусмотренных п. 4.1.6. Правил страхования, Страховщик оплачивает организацию и оказание следующих медицинских услуг:

- лечение, проводимое по поводу страхового случая продолжительностью не более 15 (Пятнадцать) койко-дней (если иной срок не установлен договором страхования);
- консультации и осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лекарственные средства и расходные материалы, применяемые при лечении в стационарных условиях.

5.3. При наступлении страхового случая в связи с наступлением обстоятельств, предусмотренных п. 4.1.7 - 4.1.11 Правил страхования, Страховщик оплачивает организацию и оказание следующих медицинских услуг:

- восстановительное лечение (реабилитация) в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, в том числе (но не ограничиваясь): климатотерапия, лечебная физкультура, лечебный массаж, физиотерапия, спелеотерапия, озонотерапия, фитотерапия, водолечение.
- консультации и осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору Сервисной компании, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лекарственные средства и расходные материалы, применяемые при восстановительном лечении (реабилитации).

5.4. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг и иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу, указывается в договоре страхования и/или в Программе медицинского страхования, применимой к договору страхования. Договор страхования может предусматривать как организацию и оплату медицинских и/или иных услуг, так и отдельно – только организацию или только оплату медицинских и/или иных услуг.

5.5. Договором страхования может быть установлен период ожидания - период времени, отсчёт которого начинается с даты заключения договора страхования (или иной даты, указанной в договоре) и до даты, предусмотренной договором страхования, в течение

которого наступившее событие (в том числе по отдельным видам медицинских и иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям) не признается страховым случаем и не влечет за собой возникновение у Страховщика обязательств по организации и оплаты медицинских и/или иных услуг и/или договором страхования может быть установлен лимит страхового покрытия (в том числе по отдельным видам медицинских и иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям). При заключении договора страхования на новый срок страхования в отношении лица, застрахованного ранее, период ожидания по договору страхования, может не применяться.

## **6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

6.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, по страховому риску в связи с наступлением обстоятельств, предусмотренных п. 4.1.1- 4.1.5., 4.1.7 – 4.1.11. Правил страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств по организации оказания и оплаты медицинских и/или иных услуг (с учетом того, что применимо):

6.1.1. Услуги и расходы по первичной диагностике у Застрахованного лица заболевания.

6.1.2. Услуги и расходы по заболеваниям/состояниям, указанным в договоре страхования, но возникшим до начала срока страхования или после истечения срока страхования или досрочного прекращения договора страхования.

6.1.3. Услуги и расходы, оказанные / понесенные до начала срока страхования или после истечения срока страхования, за исключением указанных в п. 5.1.2 и 5.1.3. Правил.

6.1.4. Услуги и расходы, связанные с событиями / случаями, прямо не указанными в договоре страхования как страховой случай либо прямо не указанные в договоре страхования как услуги и расходы, подлежащие организации и оплате.

6.1.5. Услуги и расходы в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком (Сервисной компанией).

6.1.6. Услуги, не назначенные Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения.

6.1.7. Услуги и расходы, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача и/или правил и распорядка медицинского учреждения, в котором Застрахованное лицо проходит лечение.

6.1.8. Услуги и расходы в связи с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в месте оказания медицинских услуг.

6.1.9. Услуги и расходы в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию и любое побочное действие.

6.1.10. Услуги и расходы в связи с раком кожи (за исключением меланомы), сходы в связи с эпителиальными опухолями кожи (включая базалиому, плоскоклеточный рак) (код С44 по МКБ-10), хроническим лимфоцитарным В - клеточным лейкозом (код С91.1 по МКБ-10).

6.1.11. Услуги и расходы в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД.

6.1.12. Услуги и расходы, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями

6.1.13. Услуги и расходы в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

6.1.14. Услуги и расходы в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий профессиональным спортом.

6.1.15. Услуги и расходы в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт,

альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт.

6.1.16. Услуги и расходы в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых, обвиняемых в совершении преступления.

6.1.17. Психириургия.

6.1.18. Хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях: если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена договором страхования;/ если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;/если трансплантация органов является аутологичной (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;/ если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;/ если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга).

6.1.19. Хирургические операции, выполняемые по экстренным показаниям, за исключением операций, проводимых во время прохождения Застрахованным стационарного лечения в связи с наступлением страхового случая.

6.1.20. Хирургические операции в связи с травматическими повреждениями головного и/или спинного мозга;/хирургические операции на придаточных пазухах носа.

6.1.21. Медицинские и иные услуги, выполняемые в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь: операции по коррекции зрения (миопии, астигматизма, близорукости); бариатрические операции, включая, но не ограничиваясь операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операций по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках договора страхования и в соответствии с его условиями.

6.1.22. Услуги и расходы в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями.

6.1.23. Услуги и расходы, в том числе на Восстановительное лечение (реабилитацию) в связи с существовавшими до даты заключения договора страхования заболеваниями и состояниями, а также несчастными случаями, диагностированными / произошедшими Застрахованному лицу / с Застрахованным лицом или о которых было известно Застрахованному лицу до даты начала действия страхования (первичная диагностика или лечение, предусмотренное страхованием было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования).

6.1.24. Услуги и расходы по Восстановительному лечению (реабилитации) при следующих заболеваниях/состояниях: церебральных расстройствах, вызванных мигренью, церебральных расстройств вследствие травмы или гипоксии, сосудистых заболеваниях, поражающие глаз или глазной нерв, преходящих нарушениях мозгового кровообращения - заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длящееся не более 24 (двадцати четырех) часов подряд); любых нарушениях мозгового кровообращения, не повлекших постоянный неврологический дефицит, описанный в п.4.1.7 Правил.

6.1.25. Услуги и расходы по Восстановительному лечению (реабилитации) после любого коронарного заболевания, лечение которого осуществлялось с помощью метода, не являющегося аортокоронарным шунтированием.

6.1.26. Услуги и расходы по Восстановительному лечению (реабилитации) после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), если Застрахованное лицо является

медицинским работником и/или работает в медицинском учреждении.

6.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, по страховому риску в связи с наступлением обстоятельств, предусмотренных п. 4.1.6. Правил страхования не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств по организации оказания и оплаты медицинских и/или иных услуг по следующим расходам/услугам:

6.2.1. Услуги и расходы по первичной диагностике у Застрахованного лица заболевания.

6.2.2. Услуги и расходы по заболеванию, возникшему до начала срока страхования или после истечения срока страхования или досрочного прекращения договора страхования.

6.2.3. Услуги и расходы за госпитализацию по истечении 15 койко-дней госпитализации.

6.2.4. Услуги и расходы, связанные с событиями / случаями, прямо не указанными в Правилах и/или договоре страхования как страховой случай или прямо не указанные в договоре страхования как услуги и расходы, подлежащие организации и оплате (в том числе, но не ограничиваясь перечисленным, лечение Застрахованного лица амбулаторно).

6.2.5. Расходы, понесенные самим Застрахованным лицом, не согласованные со Страховщиком / Сервисной компанией.

6.2.6. Услуги и расходы, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача и/или правил и распорядка медицинского учреждения, в котором Застрахованное лицо проходит лечение.

6.2.7. Услуги и расходы в связи с перевозкой / поездкой Застрахованного лица, в том числе, к месту лечения (за исключением медицинской транспортировки по медицинским показаниям в связи со страховым случаем).

6.2.8. Лечение осложнений, возникших после окончания лечения гриппа, в а также лечение иных заболеваний, нежели грипп, в том числе, возникших / диагностированных во время стационарного лечения гриппа, за исключением проводимых по экстренным показаниям по согласованию со Страховщиком / Сервисной компанией.

6.2.9. Лечение хронических заболеваний (и их обострений) Застрахованного лица, в том числе, протекающих на фоне заболевания Застрахованного лица гриппом или после окончания лечения.

6.2.10. Услуги, не назначенные Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения.

6.2.11. Услуги и расходы в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию и любое побочное действие.

6.2.12. Услуги и расходы в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых, обвиняемых в совершении преступления.

6.2.13. Услуги и расходы в связи с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в месте оказания медицинских услуг.

6.2.14. Услуги и расходы в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован с Сервисной компанией.

6.3. Дополнительно к основаниям, указанным в пункте 6.1. – 6.2. Правил страхования, не признаются страховыми случаями, и страховая выплата не осуществляется в связи с расходами на:

6.3.1. Компенсацию морального вреда, в том числе связанных с качеством услуг, оказываемых третьими лицами (медицинскими учреждениями и т.д.).

6.3.2. Возмещение упущенной выгоды.

6.3.3. Социальные, трудовые компенсации, гарантийные выплаты, пособия.

6.4. Страховщик вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и/или сократить перечень исключений, и/или дополнить его иными исключениями из страхования, в том числе в Программе медицинского страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п. 6.1-6.3. Правил.

## **7. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Территорией оказания медицинских и/или иных услуг (территория страхования) является государство(-а), на территории которого(-ых) Страховщик в рамках медицинского страхования обязуется организовать оказание медицинских и/или иных услуг, предусмотренных договором страхования, в том числе в соответствии с законодательством которого(-ых) оказывают медицинскую помощь привлеченные медицинские организации и/или врачи-специалисты (если согласно договора страхования услуги оказываются Застрахованному лицу без очного приема (дистанционно)). Территория страхования указывается в договоре страхования и/или в Программе медицинского страхования.

7.2. Срок действия договора страхования и/или порядок его определения указывается в договоре страхования.

7.3. Если иное не установлено договором страхования, договор страхования вступает в силу в 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала срока действия договора страхования, при условии оплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме и в срок, предусмотренные договором страхования.

7.4. Срок действия договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, который указан в договоре страхования как дата его окончания.

7.5. Страхование, обусловленное договором страхования (срок страхования), распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу. Если иное не предусмотрено договором страхования, дата начала и окончания срока страхования совпадает с датой вступления договора страхования в силу и датой окончания срока действия договора страхования, соответственно. При этом для отдельных видов медицинских и/или иных услуг, предусмотренных договором страхования и/или Программой медицинского страхования, могут быть предусмотрены иные сроки начала и окончания срока страхования в течение действия договора страхования.

7.6. Период действия страховой защиты составляет 24 часа (круглосуточно) в течение срока страхования.

7.7. Досрочное прекращение действия договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам, предусмотренным договором страхования.

## **8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ**

8.1. Страховая сумма или способ (порядок) ее определения устанавливается по Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования.

8.2. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика (ограничения максимальных сумм страховой выплаты в пределах страховой суммы) по отдельным случаям, заболеваниям (хирургическим операциям), видам расходов и по различным их комбинациям.

8.3. Страховая сумма по Правилам страхования является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страховой выплаты, осуществленной Страховщиком в течение срока действия договора страхования.

8.3.1. Если агрегатная страховая сумма установлена на весь срок действия договора

страхования, то в случае осуществления в период действия договора страхования страховых выплат в размере установленной страховой суммы, обязательства Страховщика по договору считаются исполненными в полном объеме и срок действия договора страхования прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств, а уплаченная страховая премия не подлежит возврату Страхователю;

8.3.2. Если агрегатная страховая сумма установлена отдельно на каждый полисный год, то в случае осуществления в течение одного полисного года страховых выплат в размере страховой суммы, установленной на данный полисный год, обязательства Страховщика по за такой полисный год считаются исполненными в полном объеме, при этом действие договора страхования не прекращается (ежегодно возобновляемый лимит страховой суммы).

8.4. Страховая сумма устанавливается в рублях или валютном эквиваленте, определяемом на дату заключения договора страхования в условных единицах, обозначающих валюту, указанную в договоре страхования по выбору Страхователя. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия уплачивается в рублях по курсу Банка России, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) суммы страховой премии (страховых взносов), если иной курс или иная дата его определения не установлены законом или договором страхования.

8.5. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы. Для расчета базовых страховых тарифов Страховщик применяет методы актуарной математики.

8.6. Страховой тариф определяется Страховщиком с применением базовых тарифных ставок, рассчитанных на один год страхования, и поправочных (повышающих/понижающих) коэффициентов к ним (их предельных значений), которые могут применяться в зависимости от характера (степени) страхового риска (в частности, состояние здоровья, сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий), иных условий страхования, указанных в Правилах страхования.

8.7. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

8.8. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и сроки, установленные договором страхования.

8.9. При уплате страховой премии в рассрочку условиями договора страхования может быть предусмотрен льготный период для оплаты очередных страховых взносов, в течение которого Страхователь имеет право оплатить очередной страховой взнос без наступления последствий, указанных в п. 8.9 Правил.

8.10. В случае неуплаты или неполной оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся. В этом случае поступившие денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю в полном объеме в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов).

8.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, при неуплате очередного (второго и последующих) страхового взноса в полном размере и/или в срок, предусмотренный договором для уплаты соответствующего очередного страхового взноса или в течение предоставленного льготного периода (в зависимости от того, что применимо), Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования в полном объеме. При этом договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с п. 9.15.6. Правил. Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ, отдельное соглашение о расторжении договора страхования в данном случае Сторонами не составляется и не подписывается. Страховой взнос, уплаченный в размере меньшем, чем указано в договоре страхования, или после окончания установленного для оплаты срока, подлежит возврату Страхователю в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты получения письменного заявления

Страхователя (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов).

8.12. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем безналичным перечислением или наличными денежными средствами Страховщику (уполномоченному представителю Страховщика).

8.13. Если иное не предусмотрено договором страхования, датой оплаты страховой премии / страхового взноса Страхователем является:

- при платеже путем безналичных расчетов — дата списания денежных средств с расчетного счета Страхователя для их перечисления на расчетный счет Страховщика;

- при платеже путем наличных расчетов — дата внесения платежа в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика;

- при оплате путем перевода предоставляемых Страхователем наличных денежных средств без открытия банковского счета - дата внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту).

8.14. Любая сумма, уплаченная Страхователем после того, как срок действия договора страхования истек или договор страхования был досрочно прекращен (расторгнут), не налагает на Страховщика никаких обязательств, за исключением обязательства по возврату Страхователю полученной суммы в полном размере в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов).

8.15. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату страховой премии / очередного страхового взноса и/или о факте уплаты страхового взноса не в полном объеме, и/или о факте прекращения договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой) очередного страхового взноса, а также в связи с истечением срока страхования следующими способами: путем направления сообщений (СМС сообщения, а также в чатах, мессенджерах на номер мобильного телефона Страхователя, направления письменного уведомления по адресу Страхователя, путем направления письма в электронной форме на адрес электронной почты Страхователя, направления сообщений через личный кабинет клиента, мобильное приложение.

При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона Страхователя или в личный кабинет, или в мобильное приложение, или направление письма на адрес электронной почты Страхователя рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

## **9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного заявления Страхователя. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

9.2. Договор страхования может заключаться путем:

9.2.1. составления одного документа, подписанного сторонами. Договор страхования в этом случае скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их типографское либо иное (графическое) воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах;

9.2.2. вручения Страхователю договора страхования (страхового полиса, свидетельства, сертификата) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии (первого страхового взноса) в порядке и сроки, установленные договором страхования. Дополнительным подтверждением факта

заключения договора страхования может являться расписка в получении соответствующих документов и/или подпись Страхователя в платежном документе. Подписание договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного (или иного графического) воспроизведения подписи уполномоченного представителя и печати Страховщика является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика;

9.2.3. направления электронного договора страхования с использованием официальных сайтов Страховщика, страхового агента Страховщика, страхового брокера Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" или мобильных приложений Страховщика, страхового агента Страховщика, страхового брокера Страховщика, осуществляющих автоматизированные создание и отправку информации в информационную систему Страховщика (согласно ст. 6.1. Закона Российской Федерации от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»). В случае направления Страховщиком Страхователю-физическому лицу, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

9.3. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из платежного поручения и /или информации, представленной Страхователем (в том числе для заключения договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т. д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

9.4. Страховщик вправе предусмотреть в своем мобильном приложении и/или официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в мобильном приложении и/или сайте страхового агента Страховщика, в мобильном приложении и/или сайте страхового брокера Страховщика, возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов/сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т. ч. случаи и порядок создания и отправки, указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации и указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

9.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику в отношении Застрахованного лица обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в форме договора страхования, заявлении о заключении договора страхования, в том числе в анкете о состоянии здоровья Застрахованного лица и/или Декларация о состоянии здоровья или в ином письменном запросе Страховщика.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

9.6. Для заключения договора страхования (в том числе для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска), а также для дальнейшего его исполнения:

9.6.1. Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения (с учетом того, что применимо):

- письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если договор страхования заключается на основании письменного заявления);
- сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя в соответствии с требованиями Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия), а также согласие на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну;
- сведения и/или документы, необходимые для исполнения договора страхования, в том числе, но не ограничиваясь этим, контактная информация Страхователя/Застрахованного лица: номер телефона, адрес электронной почты, почтовый адрес;
- сведения об ИНН, СНИЛС, о статусе налогового резидента (в том числе иностранного государства и иные связанные с этим данные);- сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);
- сведения и/или документы, подтверждающие регистрацию Страхователя в качестве юридического лица/ индивидуального предпринимателя, правоустанавливающие документы и документы, подтверждающие согласие уполномоченных органов (при необходимости в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации) на заключение договора страхования (для Страхователя - юридического лица).

9.6.2. Страховщик вправе потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования лица, принимаемого на страхование, для оценки фактического состояния их здоровья (объем медицинского осмотра/обследования определяется Страховщиком), с последующим предоставлением медицинского заключения и/или иных документов выдаваемых медицинской организацией, по результатам прохождения медицинского осмотра/обследования.

9.6.3. Страховщик вправе запросить следующие сведения и/или документы в отношении лица, принимаемого на страхование:

- сведения и/или медицинские документы о состоянии здоровья а, в том числе, но не ограничиваясь: сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях /расстройствах/ отклонениях/нарушениях/травмах хирургических вмешательствах, в том числе результаты лабораторных /инструментальных/ диагностических обследований, документы, подтверждающие прохождение медицинского осмотра/обследования, выписку из карты амбулаторного и/или стационарного больного, сведения о наличии установленной группы инвалидности (включая, установленные ранее или наличия направления на прохождение медико-социальной экспертизы), учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном диспансерах и иные сведения, характеризующие состояние здоровья;
- сведения о профессии/профессиональной деятельности/роде занятий;
- сведения о спортивных увлечениях и/или занятии спортом, хобби;
- сведения об имеющихся на момент заключения договора страхования аналогичных договорах страхования.

9.7. Перечень документов и сведений, указанный в п. 9.6 Правил страхования, является исчерпывающим. Документы (оригиналы, надлежащим образом заверенные или простые копии, в т. ч. скан-копии), предусмотренные п. 9.6 Правил страхования,

предоставляется Страховщику в форме, указанной Страховщиком при обращении Страхователя. При этом Страховщик вправе по своему усмотрению принимать решение о достаточности фактически предоставленных сведений и/или документов, необходимых для заключения договора страхования (в том числе принимать иные документы и/или сведения из числа предоставленных Страхователем).

9.8. При заключении договора страхования в виде электронного документа, вся информация и документы необходимые для заключения договора страхования могут быть предоставлены Страховщику в электронной форме с использованием официальных сайтов Страховщика, страхового агента Страховщика, страхового брокера Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» или мобильных приложений Страховщика, страхового агента Страховщика, страхового брокера Страховщика. При этом Страховщик вправе требовать предоставления одного или нескольких документов, необходимых для заключения договора страхования, в оригинале и/или надлежащим образом заверенной копии.

9.9. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) календарных дней, сообщить Страховщику о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования путем направления письменного заявления по почтовому адресу Страховщика, указанному в договоре страхования, или в соответствующем информационном извещении на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», либо вручения Страховщику лично. Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в форме договора страхования, заявления о заключении договора страхования, в том числе в анкете о состоянии здоровья Застрахованного лица и/или Декларация о состоянии здоровья или в ином письменном запросе Страховщика.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной суммы страховой премии соразмерно увеличению степени риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и/или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном главой 29 ГК РФ.

9.10. При заключении между Страхователем и Страховщиком Соглашения, размещенного на официальном сайте Страховщика, о взаимодействии ООО «РСХБ-Страхование жизни» с клиентами с использованием официального сайта, все заявления, обращения, уведомления и иные документы, предусмотренные данным соглашением, Страхователь вправе направить Страховщику в электронном виде с использованием официального сайта Страховщика.

9.11. Любые извещения, заявления и обращения, направляемые Сторонами друг другу в рамках исполнения договора страхования, а также лицами, в пользу или в отношении которых заключен договор страхования, должны совершаться в письменной форме, и направляться по почтовым адресам, адресам электронной почты, телефонам и иным контактными данным Сторон, указанным в договоре страхования и его приложениях, а также в письменном заявлении (обращении), уведомлении об изменении контактной информации или реквизитов и т.п. документах.

Страховщик уведомляет заинтересованных лиц об изменении своей контактной информации и иных сведений путем размещения информационного сообщения на официальном сайте Страховщика.

Если иное не установлено законом, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному) сообщения посредством СМС-сообщений, электронной почты по адресу, согласно сведениям, указанным Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет». В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если

можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

9.12. Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) при заключении договора страхования или при принятии решения об осуществлении страховой выплаты по такому договору страхования (с учетом того, что применимо) в следующем порядке:

- устанавливается лицо, чьи имущественные интересы следует проверить;
- анализируются имеющиеся у Страховщика и, при необходимости, запрашиваются недостающие сведения и (или) документы в объеме, достаточном для установления наличия/отсутствия имущественного интереса и не противоречащем законодательству Российской Федерации и Правилам страхования.

9.13. В случае утраты Страхователем договора страхования в период его действия по заявлению Страхователя выдается дубликат. После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

9.14. Стороны вправе вносить в договор страхования изменения, не противоречащие настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами страхования и договором страхования.

9.15. Договор страхования прекращается в случаях:

9.15.1. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме – с момента полного исполнения указанных обязательств Страховщиком.

9.15.2. Признания договора страхования недействительным по решению суда - с даты заключения договора страхования (п. 1 ст. 167 ГК РФ).

9.15.3. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай В частности, если наступила смерть единственного Застрахованного лица – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем смерти Застрахованного лица.

9.15.4. По соглашению Сторон – с даты, указанной, как дата досрочного прекращения договора страхования в соответствующем соглашении сторон.

9.15.5. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 9.15.3 Правил страхования.

9.15.5.1. Если иной срок не предусмотрен законодательством Российской Федерации, Страхователь-физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней или в течение более длительного периода, прямо установленного договором страхования, со дня его заключения и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая («период охлаждения»). При этом:

а) в случае, если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный в соответствии с подп. 9.1.15.1 Правил, и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия (первый страховой взнос) подлежит возврату в полном объеме;

б) в случае, если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный в соответствии с подп. 9.1.15.1 Правил, но после даты начала действия договора страхования, Страховщик производит Страхователю возврат уплаченной страховой премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с подп. 9.15.5.1. Правил («период охлаждения»).

Возврат денежных средств осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен законодательством Российской Федерации) с даты получения письменного

заявления и иных необходимых документов, указанных в п. 9.19 Правил (с учетом того, что из них применимо).

9.15.5.2. Страхователь-физическое лицо вправе отказаться от договора страхования в случае непредставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования (Ключевого информационного документа)/ предоставления в Ключевом информационном документе неполной или недостоверной информации о договоре страхования, установленной соответствующими нормативными документами Банка России и при отсутствии, в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования. В этом случае Страховщик производит Страхователю возврат уплаченной страховой премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 7 (семи) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен законодательством Российской Федерации) с даты получения письменного заявления и иных документов, указанных в п. 9.19 Правил (с учетом того, что из них применимо).

9.15.6. По инициативе Страховщика в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в полном размере и/или срок, предусмотренные договором страхования – с 24 часов 00 минут дня, предшествующего дате, установленной договором страхования как дата уплаты очередного страхового взноса или дата окончания льготного периода (в зависимости от того, что применимо по договору страхования), оплата которого не была произведена в срок и/или в размере, указанные в договоре страхования.

9.15.7. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или договором страхования.

9.16. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подп. 9.15.3 Правил Страховщик производит Страхователю возврат уплаченной страховой премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком письменного заявления (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и иных документов, указанных в п. 9.6 Правил (с учетом того, что из них применимо)..

9.17. Если иное не предусмотрено договором страхования, при досрочном прекращении договора страхования (за исключением случаев, предусмотренных п. 9.15.3, 9.15.5 Правил) уплаченная Страховщику страховая премия или её часть возврату не подлежит.

9.18. При расторжении договора страхования в иных случаях, чем случаи, указанные в подп. 9.15.3. и 9.15.5 Правил и/или в случаях, прямо предусмотренных договором страхования, вопрос о возврате страховой премии/ее части регламентируется действующим законодательством Российской Федерации. При этом, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации или соглашением Сторон, возврат уплаченной страховой премии/ее части (если полагается) производится Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен законодательством Российской Федерации или соглашением Сторон) с даты получения Страховщиком письменного заявления и иных документов, указанных в п. 9.19 Правил (с учетом того, что из них применимо).

9.19. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением (расторжением) договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы (с учетом того, что из них применимо):

- письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- документы, удостоверяющие личность заявителя и получателя денежных средств (при его отличии от заявителя);
- документы, подтверждающие право заявителя на получение денежных средств,

если выплату получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

- надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей);
- в случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, из числа предусмотренных в подп. 9.15.3, 9.15.7 Правил страхования, оригиналы или надлежащим образом оформленные копии документов, подтверждающие наступления обстоятельств, которые повлекли досрочное прекращение (расторжение) договора страхования.

Все документы (кроме документов, удостоверяющих личность иностранного гражданина) предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык. При этом на заявителя возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля), кроме того в случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

9.20. В случае обращения Застрахованного лица к Страховщику с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь с указанного момента не вправе заявлять Страховщику отказ от договора страхования и требовать расторжения договора страхования без согласия Застрахованного лица.

9.21. При страховании в валютном эквиваленте выплата (возврат) денежных средств при досрочном расторжении договора страхования производится в следующем порядке:

- в соответствии с подп. 9.15.5.1(а) Правил - в размере денежных средств, поступивших Страховщику в оплату страховой премии в рублях;
- в иных случаях, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования - сумма в рублях по курсу Банка России, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату выплаты (перечисления) денежных средств, если иной курс или иная дата его определения не установлены договором страхования или Законодательством Российской Федерации.

9.22. Досрочное расторжение договора страхования влечет прекращение всех обязательств Сторон по договору страхования (в том числе, но не ограничиваясь этим, прекращение обязательств Страховщика по страхованию (осуществлению страховых выплат)), за исключением обязательств, которые непосредственно связаны с прекращением договора страхования.

## **10. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

10.1. Для получения медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) в течение срока страхования должно обратиться к Страховщику (Сервисной компании) с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, после получения подтвержденного диагноза заболевания или необходимости проведения хирургической операции или восстановительного лечения (реабилитации).

10.2. Для признания события страховым случаем Страховщик (Сервисная компания) вправе запросить оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов (с учетом того, что применимо):

- заявление о наступлении страхового случая (по форме, предложенной Страховщиком/Сервисной компанией);
- документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (законного представителя Застрахованного лица), и, если применимо, надлежащим образом

оформленный документ, подтверждающий полномочия заявителя (например, надлежащим образом оформленную доверенность или копию документа, подтверждающего право представителя Застрахованного лица действовать в его интересах);

- согласие на обработку персональных данных – в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия;

- документы, требования о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т.ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

- договор страхования и платежный документ, подтверждающий оплату страховой премии / страховых взносов;

- согласие Застрахованного лица в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну;

- медицинские документы (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного с указанием диагноза (в том числе, кода по МКБ-10), послужившего причиной обращения за медицинской помощью, результатов исследования, (в том числе, но не ограничиваясь: результаты инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология и т.п.);

- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет с указанием диагноза, даты первичного диагностирования (установления) заболевания (состояния);

- медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства о наличии и дате (датах) обращений либо об отсутствии обращений, а также «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования»;

- для организации восстановительного лечения (реабилитации): направление (заключение) сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения о необходимости восстановительного лечения; санаторно-курортную карту, срок давности которой не должен превышать 2-х месяцев; справку об отсутствии контакта с вероятными больными COVID -19 в течение предшествующих 14 (Четырнадцати) календарных дней, выданную медицинской организацией не позднее, чем за три дня до даты планируемого восстановительного лечения (реабилитации).

Указанный перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный перечень документов, а также принять иные документы, сведения (информацию) взамен поименованных в настоящем пункте Правил.

10.3. Документы, перечисленные выше в п. 10.2 Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, оформленных на бланках либо листах со штампом выдавшего их учреждения или организации, заверены подписью уполномоченного лица и печатью организации в установленном законодательством РФ порядке, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

10.4. В случае признания события страховым случаем в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов по заявленному событию Страховщик организывает оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме и порядке, предусмотренными Правилами страхования и/или договором страхования, с привлечением Сервисной компании и/или иных медицинских организаций. При этом выбор медицинских и иных организаций для оказания медицинских и иных услуг осуществляется Страховщиком и/или привлеченной Сервисной компанией с учетом определенной Договором

страхования территорией оказания услуг.

Медицинские и/или иные услуги, предусмотренные Правилами страхования и/или договором страхования по соответствующему страховому риску, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании/медицинской организации, привлеченной(-ых) Страховщиком для оказания таких услуг.

10.5. Если наступившее событие не признано страховым случаем, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решение о непризнании события страховым случаем письменно информирует Застрахованное лицо.

## **11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

11.1. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских и/или иных услуг в объеме и порядке, предусмотренном Правилами страхования, договором страхования и/или Программой медицинского страхования, с привлечением медицинских и/или иных организаций и производит оплату оказанных медицинских и/или иных услуг.

11.2. Страховая выплата производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинских и/или иных услуг в двух формах:

11.2.1. оплата медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинской и/или иной организации, в порядке, сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской и/или иной организацией;

11.2.2. возмещение расходов Застрахованного лица на оплату медицинских и/или иных услуг, если это прямо предусмотрено договором страхования, либо в случае предварительного письменного согласования Застрахованным лицом такой формы возмещения со Страховщиком на сумму не более суммы, предусмотренной Договором страхования.

11.3. Оплата медицинских и/или иных услуг, в соответствии с подп. 11.2.1 Правил страхования, производится в форме безналичной оплаты на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ, выставленного Страховщику медицинской и/или иной организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу, но не может более размера страховой суммы, установленной договором страхования для соответствующего Застрахованного лица.

11.4. Возмещение расходов, в соответствии с подп. 11.2.2 Правил страхования, производится непосредственно Застрахованному лицу. В этом случае необходимо в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения медицинских и/или иных услуг предоставить Страховщику следующие документы (с учетом того, что применимо);

- документам, указанные в п. 10.2 Правил страхования (с учетом того, что применимо);

- документы, подтверждающие оплату медицинских и/или иных услуг Застрахованным лицом (в том числе, но не ограничиваясь - оригиналы платежно-расчетных документов, кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости);

- для возмещения стоимости медицинских услуг - документ, подтверждающей факт и основание получения медицинской услуги с указанием перечня оказанных услуг и их стоимости (например, договор на оказание медицинских услуг (при наличии), выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, или иной документ, подтверждающий факт и наличия медицинских показаний для оказания медицинских услуг и т.п.);

- для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – рецепт или иной документ, подтверждающей факт и наличия медицинских показаний для назначения лекарственных средства;

- для возмещения стоимости изделий медицинского назначения - выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, или иной документ, подтверждающий факт и наличия медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе);

- для возмещения стоимости иных (немедицинских) услуг - договор на оказание услуг (при наличии) или счет исполнителя услуг с детализацией по оказанным услугам, в зависимости от транспорта, билеты на который были куплены – авиабилеты, железнодорожные билеты, билеты для проезда междугородними автобусами; при оплате проживания в гостиницах (иных жилых помещениях), договор на оказание гостиничных услуг или заменяющий его документ.

- копию лицензии (с приложениями) медицинской организации, в которой Застрахованное лицо проходило лечение (в случае компенсации расходов на лечение).

Указанный перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный перечень документов, а также принять иные документы, сведения (информацию) взамен поименованных в настоящем пункте.

11.5. Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней со дня поступления заявления и предоставления последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) производит выплату или направляет Застрахованному лицу письменное уведомление с обоснованием отказа.

11.6. Днем страховой выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке, дата оформления почтового перевода или выдачи их наличными средствами из кассы Страховщика (представителя Страховщика). Перевод выплаты по почте или телеграфу осуществляется за счет средств получателя выплаты, если в договоре страхования не указано иное. Выплата на банковский счет получателя выплаты осуществляется за счет средств Страховщика, если в договоре страхования не указано иное.

11.7. В случае, если Застрахованное лицо умерло, не получив выплату (возмещение расходов), выплата осуществляется его наследникам.

11.8. Страховая выплата производится в денежной форме путем перечисления денежных средств на банковский счет Застрахованного лица или иным способом по согласованию Сторон. Если Застрахованное лицо является несовершеннолетним, то страховая выплата переводится на его банковский счет (или на номинальный счет) с уведомлением его законных представителей или на счет его законного представителя при предоставлении Страховщику соответствующего разрешения органов опеки и попечительства, в остальных случаях – страховая выплата может быть переведена на банковский счет одного из его законных представителей.

11.9. Если иное не предусмотрено договором страхования, при страховании в валютном эквиваленте, страховая выплата рассчитывается в рублях по курсу Банка России, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату принятия Страховщиком решения о страховой выплате (утверждение страхового Акта).

## **12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

12.1. Страховщик имеет право:

12.1.1. Перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного лица сведения и/или документы, необходимые для заключения Договора страхования и/или оценки страхового риска (в том числе медицинского характера), а также потребовать прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/ обследования с целью оценки фактического состояния его здоровья.

12.1.2. Запросить сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

12.1.3. Проверять подлинность документов и достоверность информации, сообщаемой Страхователем, любыми доступными ему способами, не противоречащими действующему законодательству, в том числе назначать соответствующие экспертизы, запрашивать дополнительные сведения у Страхователя, направлять запросы в компетентные органы, медицинские и иные учреждения.

12.1.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, самостоятельно выяснять причины, обстоятельства наступившего события, имеющего признаки страхового случая.

12.1.5. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или договором страхования.

12.2. Страховщик обязан:

12.2.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования, разъяснить положения, содержащиеся в Правилах страхования и/или договоре страхования.

12.2.2. Предоставить физическому лицу, имеющему намерение заключить договор страхования, информацию о договоре добровольного страхования (Ключевой информационный документ), в том числе о его условиях и рисках, связанных с его исполнением в порядке и объеме, предусмотренными законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами Банка России.

12.2.3. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую в порядке, размере и срок, установленные Правилами.

12.2.4. По письменному запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя в течение 30 (тридцати) календарных дней предоставить информацию, указанную в п. 12.3.3 Правил.

12.3. Страхователь имеет право:

12.3.1. Ознакомиться с Правилами страхования, а также получить их на руки. Получить любые разъяснения по Правилам и заключенному договору страхования, а также получить информацию.

12.3.2. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения страхового агента или страхового брокера, направив письменный запрос Страховщику по адресу места нахождения последнего.

12.3.3. Получить от Страховщика один раз бесплатно на основании письменного запроса:

- копии заключенного договора страхования и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования;

- в отношении заключенного договора страхования заверенный Страховщиком расчет страховой премии (части страховой премии);

- исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате (по каждому страховому случаю).

12.3.4. Досрочно расторгнуть Договор страхования.

12.3.5. Требовать предоставления Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования, в соответствующем порядке и сроки.

12.4. Страхователь обязан:

12.4.1. До заключения договора страхования ознакомиться с Правилами страхования, договором страхования (включая Декларацию) и иными документами, прилагаемыми к Договору страхования.

12.4.2. При заключении договора страхования сообщить и/или иным образом подтвердить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица, а также все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными являются в том числе сведения, приведенные в настоящих Правилах страхования и договоре

страхования.

12.4.3. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленную договором страхования страховую премию.

12.4.4. Ознакомить Застрахованное лицо, с Правилами страхования и условиями договора страхования.

12.4.5. Получить согласие Застрахованного лица на передачу их персональных данных на обработку Страховщику, страховому брокеру, страховому агенту, актуариям, перестраховщикам и аудиторам, с целью заключения и исполнения договора страхования, а также о составе переданных Страховщику персональных данных, уведомить их о факте такой передачи и о составе переданных Страховщику персональных данных.

12.4.6. Предоставить Страховщику информацию, необходимую для исполнения требований законодательства Российской Федерации в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах.

12.4.7. В период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

12.5. Страховщик обязан обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением договора страхования, а также не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования). При обработке персональных данных Страховщик обязан соблюдать безопасность и конфиденциальность обрабатываемых персональных данных, а также выполнять иные требования, предусмотренные законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

12.6. Помимо указанного в настоящем разделе Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями Правил и/или договором страхования, и /или действующим законодательством Российской Федерации.

### **13. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

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

13.1.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.

13.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

13.1.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

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

13.2. Страховщик отказывается в страховой выплате по следующим основаниям:

13.2.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям (раздел 6 Правил страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, определенных Правилами страхования) и/или событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования;

13.2.2. в части страховой выплаты превышающий лимит ответственности, установленный договором страхования;

13.2.3. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом;

13.2.4. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

### **14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

14.1. При разрешении споров между Страхователем/Выгодоприобретателем/Застрахованным (получателем страховых услуг) и Страховщиком стороны применяют обязательный претензионный досудебный порядок, если иное не предусмотрено законом.

14.2. После истечения сроков рассмотрения заявления (претензии) или получения ответа Страховщика, получатель страховых услуг вправе обратиться к финансовому уполномоченному (при условии, что сумма требования не превышает 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей), информация о котором представлена на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

В случае, если сумма требования превышает 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей и спор с получателем страховых услуг не был разрешен в досудебном порядке, получатель страховых услуг вправе обратиться в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14.3. При невозможности достичь взаимного согласия по спорным вопросам в досудебном порядке, их решение передается на рассмотрение суда в соответствии с законодательством Российской Федерации.