

УТВЕРЖДЕН
Приказом Генерального
Директора
от 12 января 2024 года
№ 1-ОД

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ № МС-1
(редакция №3 от 12.01.2024)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования № МС-1 (далее – **Правила страхования, Правила**) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Страховщиком договоров страхования (страховых полисов) (далее - **договор страхования, страховой полис**) с юридическими и дееспособными физическими лицами.

1.2. Информация о Страховщике и условиях страхования размещена на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть 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. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик вправе договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и/или о дополнении Правил (в том числе Приложений к Правилам страхования). 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.

1.4. 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, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, - в той мере в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и Правилам страхования (далее — Полисные условия или Условия страхования). Полисные условия/Условия страхования прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия, в том числе аббревиатуру, отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено законодательством Российской Федерации.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. **Амбулаторные условия** - условия, не предусматривающие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том

числе на дому при вызове медицинского работника.

2.2. Больница (а также - сертифицированное медицинское учреждение / организация, лечебно-профилактическое учреждение) – юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии (иного разрешения), выданной в порядке, установленном законодательством страны, в которой находится соответствующая больница (**сертифицированное медицинское учреждение / организация, лечебно-профилактическое учреждение**), осуществляющее медицинское лечение заболеваний или травм, оснащенное материально-техническими средствами и укомплектованное квалифицированным персоналом для выполнения мер диагностического и хирургического вмешательства, в котором круглосуточно присутствуют врачи и медицинский персонал.

2.3. 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.

2.4. Восстановительное лечение (Реабилитация) – 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.

2.5. Грипп – острая респираторная инфекция, вызываемая вирусами гриппа.

2.6. 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.). Закрывая Договор страхования и/или подписывая Декларацию, Застрахованное лицо подтверждает соответствие состояния своего здоровья сведениям, содержащимся в Декларации.

2.7. 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.

2.8. Коронавирусная инфекция в тяжелой форме – инфекционное заболевание (код МКБ-10 - U07.1), возникшее в течение Срока страхования, 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 стационаре, продолжительностью не менее пяти дней, что подтверждается медицинским документом (выписной эпикриз).

2.9. 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.

2.10. 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.

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

2.12. 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.

2.13. Официальный сайт Страховщика в сети Интернет - www.rshbins-life.ru

2.14. Первичное диагностирование (первичная постановка диагноза) – факт установления Врачом впервые в жизни Застрахованному лицу диагноза заболевания. Первичное диагностирование, проведенное, в том числе, в течение Срока страхования, включающее комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий, не относится к событиям, на случай наступления которых осуществлено страхование, проводится Застрахованным

лицом самостоятельно и за свой счет, т.е. расходы на первичное диагностирование не включаются в состав страховой выплаты вне зависимости от последующего признания / не признания события страховым случаем.

2.15. Срок действия договора страхования – период времени, в течение которого действует договор страхования.

2.16. 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.

2.17. Психириургия - лечение психических расстройств с помощью операций на головном мозге.

2.18. Срок страхования – период времени, в течение которого наступившее событие, соответствующее определению страхового риска, признаётся страховым случаем

2.19. Стационар, стационарные условия - условия, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

2.20. Сервисная компания – специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования, в Больницах или иных организациях.

2.21. Страхование в валютном эквиваленте – указание в договоре страхования сумм (страховая премия, страховая сумма, лимиты ответственности, суммы выплат) в иностранной валюте. Если иное не предусмотрено договором страхования, все расчёты производятся в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации (далее - ЦБ РФ) на оговоренную в договоре страхования сторонами дату.

2.22. Территория страхования – определенная в договоре страхования территория (страна, область, маршрут и т. п.), в пределах которой наступивший страховой случай в период действия договора страхования влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате.

2.23. 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.

2.24. 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.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные трактовки терминов и определений, изложенных в Правилах.

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 – лицо, в пользу которого заключён договор страхования.

3.2.4. Застрахованное лицо (Застрахованный) - названное в договоре страхования физическое лицо, в отношении здоровья 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):

3.2.4.1. Лица, не достигшие 18 (восемнадцати) лет и достигшие 65 (шестидесяти пяти) лет;

3.2.4.2. Лица, которым установлена инвалидность I группы, в отношении которых принималось врачебное решение о направлении для установления группы инвалидности, лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ), документы которых на установление инвалидности рассматривает МСЭ;

3.2.4.3. Лица, нуждающиеся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, являющиеся недееспособными физическими лицами;

3.2.4.4. 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);

3.2.4.5. Лица, которым устанавливался диагноз эпилепсии, слабоумия, психических заболеваний и/или расстройств поведения;

3.2.4.6. Лица, состоящие на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах;

3.2.4.7. Лица, употребляющие наркотические, токсические и/или сильнодействующие вещества с целью лечения или по иной причине; лица, которым устанавливался диагноз алкоголизм, наркомания, токсикомания, а также лица, которые состоят по любой из указанных причин на диспансерном учете, лица, которым проводилось лечение алкогольной и/или наркотической зависимости;

3.2.4.8. 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;

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

3.2.4.10. Лица, имеющие выраженный дефицит массы тела, ожирение II – III степени;

3.2.4.11. Лица, у которых отмечалась патологическая кровопотеря из любых источников;

3.2.4.12. Лица, имеющие отклонения от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров (если такие исследования проводились);

3.2.4.13. Лица, подвергающиеся (подвергшиеся) воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

3.2.4.14. 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);

3.2.4.15. 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»).

3.2.4.16. Другие лица по усмотрению Страховщика по итогам оценки страховых рисков.

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.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

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 (далее – «**Злокачественное новообразование**»), 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.

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

- 1) диагноз злокачественного новообразования подтвержден гистологическими или - в случае системных онкологических заболеваний - цитологическими исследованиями и заключением врача – онколога/гематолога;
- 2) диагноз указанного в настоящем пункте злокачественного новообразования

установлен Застрахованному лицу впервые;

- 3) диагноз указанного в настоящем пункте злокачественного новообразования установлен Застрахованному лицу в течение Срока страхования;
- 4) Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 10.1.2. Правил страхования, в течение Срока страхования.

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

- 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 Сервисной компанией;
- 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 из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию для организации предусмотренных страхованием 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) Сервисной компанией 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 в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 10.1.2. Правил страхования, в течение Срока страхования.

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

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию для организации предусмотренных страхованием 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) Сервисной компанией получено подтверждение необходимости хирургического вмешательства, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;

4) Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 10.1.2. Правил страхования, в течение Срока страхования.

4.1.4. Аортокоронарным шунтированием (далее – «Аортокоронарное шунтирование»), а именно: хирургической операцией по рекомендации кардиолога, 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. 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.

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию 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 лечащим врачом при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение Срока страхования;

2) необходимость операции возникла в течение Срока страхования и подтверждена результатами коронарной ангиографии;

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

4) Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 10.1.2. Правил страхования, в течение Срока страхования.

4.1.5. Хирургической операцией по замене / восстановлению сердечных клапанов (далее – «Операция на клапанах сердца»), а именно: хирургической операцией на сердечных клапанах, рекомендованной лечащим врачом - кардиологом, направленной

на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов, признанной страховым случаем.

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию для организации предусмотренных страхованием медицинских и иных услуг в связи с возникновением обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом, при одновременном наличии следующих условий: хирургическая операция на сердечных клапанах назначена лечащим врачом при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение Срока страхования; необходимость операции (лечения) обусловлена развитием стеноза / недостаточности или комбинацией этих состояний и возникла в течение Срока страхования; Сервисной компанией получено подтверждение необходимости хирургического вмешательства, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения; Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 10.1.2. Правил страхования, в течение Срока страхования.

4.1.6. Необходимостью организации стационарного лечения Застрахованного лица в связи с установлением Застрахованному лицу диагноза «грипп» (код блоков J9, J10 по МКБ-10) (далее – «Стационарное лечение гриппа»), при условии подтверждения диагноза лабораторными методами (метод флуоресцирующих антител (МФА), иммунофлуоресценция, полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуно-ферментный анализ (ИФА) и т.п.).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию для организации стационарного лечения Застрахованного лица в связи с установлением Застрахованному лицу 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 указанного в настоящем пункте заболевания установлен Застрахованному лицу в течение Срока страхования;
- 3) Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 10.1.2. Правил страхования, в течение Срока страхования.

4.1.7. Необходимостью организации восстановительного лечения (реабилитации) после перенесенного Застрахованным лицом инсульта (код блоков I63.1-I63.9 по МКБ-10) (далее – «Восстановительное лечение (реабилитация) после инсульта») - острого нарушения кровоснабжения головного мозга (внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, эмболия внечерепного происхождения), повлекшего стойкий (стойкий) неврологический дефицит.

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию 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 внутримозговое 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:
- а) пройти 200 (Двести) метров без вспомогательных приспособлений (нарушение способности к самостоятельному передвижению);
 - б) принять пищу, когда она уже приготовлена и доступна (нарушение способности к самообслуживанию 2 (Второй) степени);
 - в) вербально общаться с окружающими без вспомогательных устройств (нарушение способности к общению 2 (Второй) степени);
 - г) постоянная и необратимая утрата функции, по меньшей мере, одной конечности (рука, нога), подтвержденная заключением невролога.
- 4) Сервисной компанией получено подтверждение необходимости восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению (заключению) сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;
- 5) Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 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:

4.1.8.1. 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.

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

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документальное подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию для организации восстановительного лечения (реабилитации) в связи с перенесенной в течение Срока страхования Застрахованным лицом 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) Сервисной компанией получено подтверждение необходимости восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению или заключению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;
- 3) Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 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 – инфекционное заболевание (код блока

U07.1 по МКБ-10) (далее – «Восстановительное лечение (реабилитация) после тяжелой Коронавирусной инфекции»).

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования, является документальное подтвержденное обращение Застрахованного лица в Сервисную компанию для организации восстановительного лечения (реабилитации) в связи с перенесенной в течение Срока страхования Застрахованным лицом Коронавирусной инфекцией в тяжелой форме (код блока U07.1 по МКБ-10), при одновременном наличии следующих условий:

- 1) Восстановительное лечение (реабилитация) назначено врачом терапевтом в целях восстановления после перенесенной в течение Срока страхования Коронавирусной инфекции в тяжелой форме, лечение которой потребовало нахождения в условиях круглосуточного стационара не менее 5 (Пяти) календарных дней, что подтверждено выписным эпикризом, выданным медицинским учреждением;
- 2) Диагноз Коронавирусной инфекции подтвержден лабораторным исследованием по методу ПЦР;
- 3) Сервисной компанией получено подтверждение необходимости Восстановительного лечения (реабилитации), согласно направлению или заключению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения;
- 4) Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 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 страхования, так и отдельных из них, 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:

5.1.1. **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 узла¹), из аэропорта (транспортного узла) до отеля (апартаментов) и/или до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение, и обратно.

5.1.2. **Оплата билета** для Застрахованного лица в соответствии условиями договора страхования, а также при наличии медицинских показаний – оплата медицинского сопровождения и дополнительных мест и оборудования в самолете (ином средстве транспорта) при регулярном рейсе.

5.1.3. **Проживание** Застрахованного лица в месте оказания медицинских услуг на условиях и в соответствии с договором страхования.

5.1.4. **Услуги по репатриации** в случае смерти Застрахованного лица во время поездки: транспортировка останков Застрахованного лица до места постоянного проживания Застрахованного лица.

5.1.5. **Лечение**, проводимое по поводу страхового случая:

5.1.5.1. *Медицинская помощь* в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, в том числе:

а) осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;

б) диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору Сервисной компании, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие

¹ При отсутствии регулярных авиаперевозок

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

г) трансплантация костного мозга, выполняемая медицинской организацией, имеющей соответствующую лицензию, по выбору Сервисной компании;

д) имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения груди после проведения мастэктомии, включая стоимость имплантатов. Договором страхования может быть установлен лимит расходов на один страховой случай.

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

5.1.5.2. В случае истечения срока действия договора страхования или досрочного прекращения договора страхования в связи с неоплатой очередного страхового взноса (п. 9.11.3. Правил) при неоконченном лечении в стационарных условиях, при условии, что сообщение о страховом случае было заявлено и согласовано Сервисной компанией в течение Срока страхования и в течение периода, оплата за который поступила своевременно и в полном объеме, 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, а также расходы в соответствии с п. 5.1.2. и 5.1.4. Правил. Договором страхования может быть оговорен иной срок.

5.1.5.3. В случае истечения срока действия договора страхования или досрочного прекращения договора страхования в связи с неоплатой очередного страхового взноса (п.

9.11.3. Правил) при неоконченном лечении в стационарных условиях, при условии, что сообщение о страховом случае было заявлено и согласовано Сервисной компанией в течение Срока страхования и в течение периода, оплата за который поступила своевременно и в полном объеме, 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, а также расходы в соответствии с п. 5.1.2. и 5.1.4. Правил.

5.1.6. 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.

5.1.7. Компенсация расходов, понесенных Застрахованным лицом на лечение заболеваний / состояний, предусмотренных договором страхования, при условии предварительного согласования расходов со Страховщиком / Сервисной компанией на сумму не более суммы, предусмотренной Договором страхования.

5.1.8. Договор страхования может предусматривать как все из перечисленных в п. 5.1 Правил страхования услуг, так и отдельные из них, в любой комбинации, а также предусматривать как их организацию и оплату, так и отдельно – только организацию или только оплату.

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:

5.2.1. **Лечение**, проводимое по поводу страхового случая (*Медицинская помощь в стационарных условиях продолжительностью не более 15 койко-дней*) в том числе:

- а) осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- б) диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору Сервисной компании, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- в) 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 - 4.1.9 Правил страхования, Страховщик оплачивает организацию и оказание следующих медицинских услуг:

5.3.1. *Медицинская помощь* в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, в том числе:

- 1) Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- 2) Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору Сервисной компании, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- 3) Лекарственные средства и расходные материалы, применяемые при Восстановительном лечении (реабилитации);
- 4) Лечение, проводимое по поводу страхового случая: климатотерапия, лечебная физкультура, лечебный массаж, физиотерапия, спелеотерапия, озонотерапия, фитотерапия, водолечение.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ

6.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, по страховому риску в связи с наступлением обстоятельств, предусмотренных п.п. 4.1.1- 4.1.5., 4.1.7 – 4.1.9. Правил страхования **не являются**

страховыми случаями (не покрывается страхованием) и страховая выплата не производится по следующим событиям/заболеваниям и состояниям/расходам/услугам:

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

6.1.2. Услуги и расходы, связанные с событиями / случаями, прямо не указанными в договоре страхования как страховой случай.

6.1.3. Услуги и расходы, прямо не указанные в договоре страхования как услуги и расходы, подлежащие организации и оплате.

6.1.4. Услуги и расходы по заболеваниям/состояниям, указанным в договоре страхования, но возникшим до начала Срока страхования или после истечения срока действия договора страхования или досрочного прекращения договора страхования (п. 9.11. Правил). Факт наличия заболевания/состояния подтверждается записями в медицинских документах.

6.1.5. Услуги и расходы, оказанные / понесенные до начала Срока страхования или после истечения срока действия договора страхования, за исключением указанных в п. 5.1.5.2 и 5.1.5.3. Правил страхования.

6.1.6. 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.

6.1.7. Психохирургия.

6.1.8. Хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:

6.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена договором страхования;

6.1.8.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;

6.1.8.3. если трансплантация органов является аутологичной (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

6.1.8.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

6.1.8.5. если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга).

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

6.1.10. Хирургические операции в связи с травматическими повреждениями головного и/или спинного мозга.

6.1.11. Хирургические операции на придаточных пазухах носа.

6.1.12. 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.

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

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

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

6.1.16. 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.

6.1.17. Услуги и расходы в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим

в результате занятий профессиональным спортом.

6.1.18. 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.

6.1.19. 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.

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

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

6.1.22. 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).

6.1.23. 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.

6.1.24. 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.

6.1.25. Услуги и расходы в связи с раком кожи, за исключением меланомы.

6.1.26. Услуги и расходы 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).

6.1.27. Услуги и расходы по Восстановительному лечению (реабилитации) при следующих заболеваниях/состояниях: церебральных расстройств, вызванных мигренью, церебральных расстройств вследствие травмы или гипоксии, сосудистых заболеваниях, поражающие глаз или глазной нерв, преобладающих 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.

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

6.1.29. 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 (не покрывается страхованием) и страховая выплата не производится по следующим событиям/заболеваниям и состояниям/расходам/услугам:

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

6.2.2. Услуги и расходы, связанные с событиями / случаями, прямо не указанными в Правилах и/или договоре страхования как страховой случай.

6.2.3. Услуги и расходы, 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).

6.2.4. Услуги и расходы по заболеваниям/состояниям, указанным в договоре страхования, возникшие до начала Срока страхования или после истечения срока действия договора страхования или досрочного прекращения договора страхования (п. 9.11. Правил).

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

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

6.2.7. 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.

6.2.8. 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).

6.2.9. Лечение осложнений, возникших после окончания лечения гриппа.

6.2.10. 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.

6.2.11. Лечение хронических заболеваний (и их обострений) Застрахованного лица, в том числе, протекающих на фоне заболевания

Застрахованного лица гриппом или после окончания лечения.

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

6.2.13. 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.

6.2.14. 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.

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

6.2.16. 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.

6.3.4. Расходы, превышающие страховые суммы и лимиты ответственности, установленные в договоре страхования.

7. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Территорией страхования, организации и оказания услуг, если иное не предусмотрено

Договором страхования, является территория Российской Федерации.

7.2. Если иное не установлено договором страхования, Срок действия договора страхования составляет 1 (один) год с момента вступления договора страхования в силу.

7.3. Если иное не установлено договором страхования, договор страхования вступает в силу:

7.3.1. При первичном заключении договора страхования, - в 00 часов 00 минут дня указанного в договоре страхования как «дата вступления договора страхования в силу», при условии оплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в полном объеме в срок, предусмотренный договором страхования, и действует один год.

7.3.2. При повторном заключении договора страхования (при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в полном объеме в течение 30 (Тридцати) календарных дней после окончания Срока страхования ранее заключенного договора страхования) - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования, и действует один год.

7.3.3. При заключении договора страхования по истечении 30 календарных дней с даты окончания срока действия предыдущего договора страхования, - в 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как «дата вступления договора страхования в силу», при условии оплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в полном объеме в срок, предусмотренный договором страхования, и действует один год.

7.4. Срок страхования может быть определен как по всему договору страхования, так и по каждому страховому риску отдельно. Срок страхования устанавливается в пределах срока действия договора страхования и указывается в договоре страхования.

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

8.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке,

установленном договоре страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

8.2. Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя индивидуально для каждого из страховых рисков или по совокупности рисков, указанных в п. 4.1 Правил страхования.

8.3. Если в договоре страхования предусмотрено страхование двух и более Застрахованных лиц, то в договоре страхования устанавливается страховая сумма на каждое Застрахованное лицо.

8.4. 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.

8.5. 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.

8.5.1. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования считаются исполненными в полном объеме. При этом договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

8.6. Страховая сумма устанавливается в рублях, если иное не предусмотрено договором 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.

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.

8.8. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению Сторон и указывается в договоре страхования.

8.9. **Страховой премией** является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

8.10. Страховая премия уплачивается в рублях, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Порядок уплаты страховой премии определяется соглашением сторон и указывается в договоре страхования. Страховая премия может быть уплачена единовременно или периодическими платежами/страховыми взносами (в рассрочку). Страховая премия устанавливается на весь срок действия договора страхования, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

8.11. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая премия уплачивается безналичным перечислением суммы страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика либо путем внесения средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика. Сумма и дата оплаты указываются на документе, подтверждающем оплату страховой премии / страхового взноса.

8.11.1. Под документом, подтверждающим оплату страховой премии / страхового взноса, понимается исполненное банком платежное поручение или иной документ о перечислении страховой премии по договору страхования.

8.11.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае

несоответствия суммы оплаченной страховой премии / первого страхового взноса размеру страховой премии / первого страхового взноса, указанному в договоре страхования, договор страхования не вступает в силу, ошибочно оплаченная денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя.

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

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

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

8.12.3. 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).

8.13. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие оплату страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

8.14. 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. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, организовать предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг и оплатить их при наступлении предусмотренного договором страхования события (страхового случая), в порядке и объеме, определенном договором страхования. К договору страхования могут прилагаться и являться неотъемлемой его частью соответствующие Правила страхования, «Программа страхования», «План страхования», Условия страхования, если это прямо указано в договоре страхования. При наличии расхождений между положениями договора страхования и Правил страхования преимущественную силу имеют положения договора страхования.

9.2. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для заключения договора страхования, Страховщик вправе признать договор недействительным и требовать применения последствий, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

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

9.4. Договор страхования может быть заключен как в отношении одного, так и в отношении нескольких Застрахованных лиц. В отношении одного Застрахованного лица

может быть заключен как один, так и несколько договоров страхования. При заключении договора страхования Страховщик вправе ограничивать общее число договоров страхования, заключаемых в отношении одного Застрахованного лица, и имеющих частично или полностью совпадающие Сроки страхования.

9.5. Договор страхования может заключаться путем:

9.5.1. Составления одного документа, подписанного сторонами. Договор страхования в этом случае скрепляется собственноручной подписью Страхователя и аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах. По соглашению Страховщика и Страхователя при заключении коллективного договора страхования каждому Застрахованному лицу может быть вручен Страховой сертификат / Памятка Застрахованного лица.

9.5.2. Вручения Страхователю на основании устного или письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В этом случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем договора страхования, Правил страхования или иных прилагаемых к договору страхования документов (п. 9.1 Правил страхования). Принятие Страхователем Страхового полиса и Правил страхования подтверждается оплатой Страхователем страховой премии / первого страхового взноса в порядке и сроки, установленные Договором страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного (или иного графического) воспроизведения подписи уполномоченного представителя и печати Страховщика является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.

9.5.3. Направления электронного договора страхования на основании письменного или устного заявления Страхователя 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 (за исключением физического лица, зарегистрированного в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, в случае страхования его имущественных интересов, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности) на основании его заявления в письменной или устной форме договора страхования, 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). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования, Ключевом информационном документе и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных страховщиком условиях. 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 действующего законодательства и указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

9.5.4. Дополнительно Страховщик вправе предлагать Страхователю (Застрахованному лицу) страховые полисы, разработанные на условиях публичного договора (страховой полис – оферта). Заключение указанного публичного договора и подтверждением принятия такого страхового полиса-оферты со стороны Страхователя (Застрахованного лица), Правил страхования, согласия с условиями страхования, а также согласия на обработку персональных данных для Страхователя (Застрахованного лица) физического лица, считается оплата им в установленный в страховом полисе-оферте срок и размере страховой премии / первого страхового взноса.

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

9.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления

страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе. Таким запросом, в частности, является предлагаемая Страховщиком к заполнению Страхователем форма заявления на страхование и/или анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица и/или Декларация о состоянии здоровья Застрахованного лица, содержащаяся в договоре страхования, в том числе касающаяся информации:

- о возрасте Застрахованного лица на дату заключения договора страхования;
- является ли Застрахованное лицо инвалидом (I группы), о наличии в отношении него врачебного решения о направлении для установления группы инвалидности, об имеющихся действующих направлениях на медико-социальную экспертизу (МСЭ), о факте рассмотрения МСЭ документов на установление ему группы инвалидности;
- нуждается ли Застрахованное лицо в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением;
- является ли Застрахованный дееспособным лицом;
- имеет ли Застрахованное лицо 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; переносило ли Застрахованное лицо инсульты (нарушения мозгового кровообращения)

- устанавливался ли Застрахованному лицу диагноз эпилепсии, слабоумия, психических заболеваний и/или расстройств поведения, не состояло/не состоит ли на учете в психоневрологическом и/или наркологическом диспансере;
- употребляет ли Застрахованное лицо наркотические, токсические и/или сильнодействующие вещества с целью лечения или по иной причине, не устанавливался ли Застрахованному лицу диагноз алкоголизм, наркомания, токсикомания; не состоит ли Застрахованное лицо по любой из указанных причин на диспансерном учете; не проводилось ли Застрахованному лицу лечение алкогольной и/или наркотической зависимости;

- переносило ли Застрахованное лицо 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;

- отмечалась ли у Застрахованного лица за 3 (три) месяца, предшествующие заключению Договора страхования, нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более);

- имеет ли Застрахованное лицо выраженный дефицит массы тела, ожирение II – III степени;
- отмечалась ли у Застрахованного лица патологическая кровопотеря из любых источников;

- имеет ли Застрахованное лицо отклонения от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров (если такие исследования проводились);

- подвергалось (подвергается) ли Застрахованное лицо воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

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

- является ли Застрахованное лицо медицинским работником или работает в медицинской организации (для договоров страхования по риску, описанному в п.4.1.9.).

Заявление на страхование и/или анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица и/или Декларация, а также документы, прилагаемые к нему (им), являются неотъемлемой частью договора страхования.

9.8. Страховщик может отдельно оговаривать в договоре страхования положения, по которым должно быть достигнуто соглашение Сторон и которые в этой связи будут считаться существенными условиями договора страхования. При несоблюдении данных положений договор страхования будет считаться незаключенным и страховые выплаты по нему не будут производиться. Если иное не установлено

договором страхования, в случаях, предусмотренных настоящим пунктом (если договор страхования считается незаключенным) Страховщик производит возврат поступивших денежных средств в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения письменного заявления Страхователя.

9.9. Одновременно с заявлением на страхование Страховщик вправе потребовать у Страхователя представить документы, подтверждающие сведения, изложенные в Заявлении на страхование, а также следующие документы:

9.9.1. для физических лиц, и индивидуальных предпринимателей:

– документ, удостоверяющий личность физического лица; документ, подтверждающий регистрацию Страхователя по постоянному месту жительства; свидетельство о государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (для индивидуальных предпринимателей); оригинал доверенности или иной документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя, паспорт представителя;

– письменное согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя – физического лица, если для заключения и (или) исполнения договора страхования необходимы персональные данные Застрахованного лица, Страхователь обязан получить письменное согласие каждого Застрахованного лица на осуществление обработки его персональных данных Страховщиком и контрагентами Страховщика. Такое согласие дается в целях исполнения договора страхования и соблюдения требований действующего законодательства, и должно отвечать требованиям ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Согласие должно действовать с даты заполнения Заявления на страхование (даты заключения договора страхования) до истечения пяти лет (если иной срок не указан в согласии) после прекращения Страховщиком обязательств по договору страхования;

9.9.2. для юридических лиц: устав; Свидетельство о регистрации юридического лица (ОГРН); Свидетельство о постановке на

налоговый учет (ИНН); паспорт представителя юридического лица; оригинал доверенности или иной документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя, документ, позволяющий идентифицировать бенефициарного владельца;

9.9.3. документ, подтверждающий прохождение Застрахованным лицом медицинского осмотра или обследования, в случаях если это предусмотрено условиями договора страхования;

9.9.4. документы / 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.

Перечень документов и сведений, необходимых для заключения договора страхования и оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять иные документы и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

9.10. 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.

9.11. Договор страхования прекращается в случаях:

9.11.1. *Истечения срока, на который он был заключен* - в 23 часа 59 минут дня его окончания, если договором страхования не предусмотрено иное.

а также досрочно в случаях:

9.11.2. *Исполнения* Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем исполнения указанных обязательств.

9.11.3. *Неуплаты* Страхователем очередного страхового взноса в размере, предусмотренном договором страхования или неоплаты очередного страхового взноса в срок, предусмотренный договором страхования – с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как день оплаты очередного страхового взноса, оплата которого не произведена в сроки и в размере, указанном в договоре страхования. В этом случае Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о несвоевременной или неполной оплате очередного страхового взноса, и о прекращении договора страхования в связи с неоплатой или не полной оплатой страхового взноса;

9.11.4. *По соглашению сторон* – с 23 часов 59 минут дня указанного, как дата досрочного прекращения договора страхования в соответствующем письменном Соглашении.

9.11.5. *Если возможность наступления страхового случая отпала*, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, – с 00 часов 00 минут даты прекращения существования страхового риска. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.11.6. *По требованию Страхователя*. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 9.11.5 Правил 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 ранее даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, за исключением случая, указанного в п. 9.11.5. Правил страхования.

9.11.6.1. Страхователь - физическое лицо, имеет право отказаться от Договора

страхования в течение срока, указанного в Договоре страхования, при этом данный срок не может быть менее срока, установленного законодательством Российской Федерации, действующим на дату заключения Договора страхования, при отсутствии в течение данного срока событий, имеющих признаки страхового случая, при этом уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. 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 п. 9.11.6.1 Правил страхования.

9.11.6.2. Если Страхователь – физическое лицо, отказался от договора страхования в иной срок, чем предусмотрен п. 9.11.6.1 Правил страхования, уплаченная по Договору страхования страховая премия и/или часть страховой премии возврату не подлежит, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.11.6.3. Возврат страховой премии в случаях, указанных в п.п. 9.11.6.1-9.11.6.2 Правил страхования, осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных настоящим пунктом:

9.11.6.3.1. Письменное заявление с указанием формы выплаты и реквизитов для выплаты;

9.11.6.3.2. Документы, удостоверяющие личность заявителя (представителя);

9.11.6.3.3. Документы, подтверждающие полномочия представителя заявителя.

9.11.6.4. Страховщик вправе предусмотреть более длительный срок для отказа от договора страхования, чем срок, установленный п. 9.11.6.1 Правил страхования.

9.11.7. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Правилами страхования и договором страхования.

9.11.7.1. Страхователь имеет право потребовать от Страховщика возврата

уплаченной по договору страхования страховой премии при отказе от добровольного страхования в случае непредставления Страховщиком Ключевого информационного документа / предоставления в Ключевом информационном документе неполной или недостоверной информации о договоре страхования в соответствии с требованиями нормативных актов Банка России. В этом случае Страховщик обязан возвратить Страхователю страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения подписанного Страхователем письменного заявления с указанием его банковских реквизитов (если иной срок возврата не предусмотрен действующим законодательством Российской Федерации).

9.12. В целях заключения договора страхования, изменения условий договора страхования, получения страховой выплаты, в случаях и порядке, предусмотренных настоящими Правилами и/или иными документами, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) вправе направить информацию 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, 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».

9.13. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) календарных дней, сообщить Страховщику об изменениях в сведениях или контактной информации о Страхователе. 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 (например, в письменном заявлении, уведомлении об изменении контактной информации или реквизитов).

9.14. 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 или Договором страхования, 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.

9.15. Внесение изменений в Договор страхования осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

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

10.1. Уведомление о событии, имеющего признаки страхового случая.

10.1.1. После получения подтвержденного диагноза заболевания или необходимости проведения хирургической операции или Восстановительного лечения (реабилитации) из перечня, указанного в п. 4.1 Правил страхования, Страхователь должен в течение Срока страхования, в кратчайшие сроки обратиться в Сервисную компанию с

уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с последующим предоставлением документов, которые запросит Сервисная компания.

10.1.2. Для признания события страховым случаем Сервисная компания вправе запросить оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов:

10.1.2.1. Уведомление о событии, имеющим признаки страхового случая, а также заявление о наступлении страхового случая (по форме, предложенной Страховщиком/Сервисной компанией).

10.1.2.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя (для гражданина Российской Федерации – паспорт гражданина Российской Федерации; для иностранного гражданина или лица без гражданства - документ, подтверждающий право на пребывание (проживание) в Российской Федерации; для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории Российской Федерации; для постоянного проживающих – вид на жительство; для беженцев – удостоверение беженца; для вынужденных переселенцев - удостоверение вынужденного переселенца).

10.1.2.3. Договор страхования и платежный документ, подтверждающий оплату страховой премии / страховых взносов.

10.1.2.4. Декларация о состоянии здоровья Застрахованного лица (при ее собственноручном подписании Застрахованным лицом до заключения договора страхования или иным способом подтвержденная Застрахованным лицом);

10.1.2.5. Согласие Застрахованного лица на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Закона) его персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон), в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания услуг в отношении Страховщика, Сервисной компании, их уполномоченных представителей, а также третьих лиц, оказывающих услуги в связи с диагностированным заболеванием Застрахованного лица.

10.1.2.6. 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» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять ООО «РСХБ-Страхование жизни», осуществляющему страхование по договору страхования, а также Сервисной компании по договору страхования любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.), как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая.

10.1.2.7. Медицинский документ (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного, выписной эпикриз, заключение консилиума), заверенный печатью выдавшего учреждения и подписью ответственного лица, с указанием диагноза (в том числе, кода по МКБ-10), послужившего причиной обращения за медицинской помощью в рамках настоящих правил страхования, сроков лечения, результатов обследования и другой сопутствующей информации.

10.1.2.8. Результаты и заключения инструментальных, лабораторных методов диагностики / исследований, в т.ч.: гистологических или цитологических (в случае системных онкологических заболеваний); радиологических визуализирующих исследований; данные магнитно-резонансной томографии; результаты коронарной ангиографии.

10.1.2.9. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет.

10.1.2.10. 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» (форма 090/У).

10.1.2.11. Заключение врача – специалиста в предметной области с указанием полного

клинического диагноза, показаний к лечению, подтверждающее необходимость назначенного лечения, а также выбранный план лечения.

10.1.2.12. Для организации Восстановительного лечения (реабилитации): 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).

10.1.2.13. Для организации Восстановительного лечения (реабилитации) после перенесенной Застрахованным лицом Коронавирусной инфекции в тяжелой форме – справку с места работы или копию трудовой книжки.

Указанный перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик (Сервисная компания) вправе сократить перечень документов, указанный в п. 10.1.2 Правил страхования, а также принять иные документы, взамен указанных.

Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 10.1.2 Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

10.2. В случае признания события страховым случаем - в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента получения Сервисной компанией полного комплекта документов по заявленному событию, Сервисная компания начинает организацию необходимых Застрахованному лицу услуг, предусмотренных страхованием, и информирует Застрахованное лицо о:

- специализированных медицинских учреждениях, центрах;
- рекомендованном лечащем враче – специалисте;
- дальнейших действиях Застрахованного лица, необходимых для оказания услуг, предусмотренных договором страхования.

10.3. 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 об этом Застрахованное лицо.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

11.1. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию, указанную в договоре страхования. Договором страхования может быть предусмотрен иной способ предоставления медицинской помощи и иных услуг.

11.2. Застрахованное лицо при обращении в Сервисную компанию предоставляет документы, указанные в п. 10.1.2 Правил страхования.

11.3. Страховая выплата производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования непосредственно на счет Сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Сервисной компанией (Страховщиком) оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.

11.4. Размер страховой выплаты определяется в размере стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской и иной помощи в объеме, предусмотренном договором страхования, а в случае, если в отношении Застрахованного лица действует несколько договоров страхования, по которым наступившее событие признано страховым случаем – в объеме, предусмотренном данными договорами страхования, при этом максимальный размер выплаты равен сумме страховых сумм по указанным договорам страхования.

11.5. Перечисление страховой выплаты осуществляется Страховщиком на основании выставленного счета за оказанные медицинские и иные услуги.

11.5.1. Счет должен содержать: фамилию, имя, отчество (при наличии отчества)

Застрахованного лица; дату его рождения; номер договора страхования; диагноз; итоговую сумму к оплате; дату страхового случая; данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (в т.ч. паспортные данные Застрахованного лица (серия (при наличии), номер, дата и место выдачи, наименование и номер выдавшего органа); полных банковских реквизитов Сервисной компании.

11.5.2. К счету должны быть приложены копии медицинских документов из медицинской организации, содержащих информацию о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица, проведенном лечении, проведенных обследованиях Застрахованного лица, лабораторных исследованиях, а также копии счетов организаций, оказавших Застрахованному лицу услуги.

11.6. В случае, если в отношении Застрахованного лица действует одновременно несколько договоров страхования, то страховая выплата производится однократно по договору страхования, заключенному ранее или по договору, имеющему наименьший порядковый номер из договоров страхования, действующих в отношении Застрахованного лица.

11.7. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Выгодоприобретателем (Страхователем, Застрахованным лицом) по оплате медицинских и иных услуг, оказанных по согласованию с Сервисной компанией (Страховщиком) и в соответствии с условиями договора страхования, непосредственно Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу, Страхователю) наличными денежными средствами или перечислением на его счет. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 10.1.2 Правил страхования, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

11.7.1. В этом случае Выгодоприобретатель (Страхователь, Застрахованное лицо) дополнительно к документам, указанным в п. 10.1.2, предоставляет:

– заявление на выплату от Выгодоприобретателя, с указанием реквизитов;

– документы, удостоверяющие личность лица, обратившегося за выплатой. Если за выплатой обращается представитель Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), то к заявлению должны быть приложены надлежащим образом оформленные документы, подтверждающие полномочия представителя (например, доверенность), а также документы, удостоверяющие личность представителя. Лицо, обратившееся за выплатой, может указать в заявлении на страховую выплату реквизиты третьего лица в случае, если Страховщику будет предоставлено заявление (распоряжение) о страховой выплате третьему лицу, либо доверенность, удостоверенная нотариусом, от лица, имеющего право на получение такой страховой выплаты, например, от Страхователя или Застрахованного лица, или Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты третьим лицом и документы, удостоверяющие личность получателя выплаты и позволяющие провести его идентификацию в том числе, документы, подтверждающие право пребывания на территории Российской Федерации, анкету самоидентификации и сведения об ИНН (TIN) в отношении нерезидентов Российской Федерации и лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации;

– счета из организаций, оказавших услуги с указанием наименований услуг, стоимости, дат их оказания, номера договоров с организациями;

– оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты медицинских и иных услуг, включенных в договор страхования;

– копию направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных, условиях дневного стационара, стационарных условиях из медицинской организации, предусмотренной договором страхования (согласованной Сервисной компанией (Страховщиком)), заверенную надлежащим образом;

– документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих

услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, выписной эпикриз, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

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

11.7.2. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для представления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнения.

11.8. Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней со дня поступления заявления на страховую выплату и предоставления Выгодоприобретателем (Страхователем, Застрахованным лицом) всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты согласно п. 10.1.2. Правил страхования (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), позволяющих судить о причинах и обстоятельствах, повлекших наступление события, обладающего признаками страхового случая, принимает одно из следующих решений:

11.8.1. О признании события страховым случаем.

В этом случае Страховщик составляет страховой Акт по установленной форме, утверждает его и Сервисная компания начинает осуществлять организацию оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, либо Страховщик осуществляет страховую выплату в случаях, предусмотренных п.11.7. Правил в срок, предусмотренный п.11.8 Правил страхования.

11.8.2. О непризнании события страховым случаем и об отказе в страховой выплате.

В этом случае, в срок, предусмотренный п.11.8 Правил страхования, лицу, обратившемуся за страховой выплатой, направляется письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа, *если иные сроки не предусмотрены договором страхования.*

11.8.3. О проведении страхового

расследования.

Страховщик имеет право в срок, предусмотренный п. 11.8 Правил страхования, письменно уведомив лицо, обратившееся за страховой выплатой, вынести мотивированное решение об отсрочке принятия решения о признании или непризнании события страховым случаем или об отказе в выплате страховой суммы в случаях, если:

-- по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания производства по уголовному делу или судебному процессу (до события, которое наступит ранее);

– возникла необходимость в экспертизе представленных документов.

Отсрочка возможна в случае, если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих наступление события, имеющего признаки страхового случая.

Страховое расследование проводится в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения всей необходимой информации и запрошенных Страховщиком документов в соответствии с настоящим пунктом Правил страхования.

По результатам проведения страхового расследования возможно принятие следующих решений Страховщиком:

- решения о признании страхового события страховым случаем. В этом случае страховая выплата производится Страховщиком в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней со дня получения всей необходимой информации и запрошенных Страховщиком в соответствии с настоящим пунктом документов, позволяющих судить о причинах и обстоятельствах, повлекших наступление события, обладающего признаками страхового случая.

- решения о непризнании события страховым случаем и об отказе в выплате страховой суммы. В этом случае в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней со дня получения всей необходимой

информации и запрошенных Страховщиком в соответствии с настоящим пунктом документов, лицу, обратившемуся за страховой выплатой, направляется письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа.

Размер страховой выплаты определяется в зависимости от условий страхования, изложенных в конкретном договоре страхования.

11.9. Страховщик не несет ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских и иных услуг.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик имеет право:

12.1.1. 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.

12.1.2. Требовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате.

12.1.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, самостоятельно выяснять причины, обстоятельства наступившего события, имеющего признаки страхового случая. При необходимости потребовать у Страхователя (Застрахованного лица) прохождения медицинского обследования в указанном Страховщиком (Сервисной компанией) лечебном учреждении либо у указанного Страховщиком (Сервисной компанией) врача, если требуется дополнительная информация об подтверждении факта (причин) происшедшего события, имеющего признаки страхового случая.

12.1.4. Потребовать признания договора страхования недействительным, если после заключения договора страхования будет

установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

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

12.2. Страховщик обязан:

12.2.1. Разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, по требованиям Страхователей, Застрахованных лиц, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования.

12.2.2. При наступлении страхового случая осуществить организацию оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг или страховую выплату в установленный Правилами страхования и договором страхования срок.

12.2.3. Обеспечить конфиденциальность во взаимоотношениях со Страхователем, не разглашать сведения о договоре страхования, Страхователе, Застрахованном лице, их имущественном положении и состоянии здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12.2.4. Предоставить Страхователю информацию о лицензии Страховщика, контактах (место нахождения, телефон/факс) и режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация.

12.2.5. По письменному запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя в течение 30 (тридцати) календарных дней предоставлять один раз бесплатно:

- 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. Страхователь имеет право:

12.3.1. Получить Правила страхования, любые разъяснения по Правилам страхования и заключенному договору страхования, а также получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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 расчет размера страховой выплаты.

12.3.4. 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).

12.3.5. Получить дубликат договора страхования в случае утери подлинника.

12.3.6. В течение действия договора страхования заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика, кроме случаев, когда заявленный в договоре страхования Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или

предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

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

12.3.8. Получить информационно – консультационные услуги Сервисной компании (по телефону, указанному в договоре страхования) в связи с заболеваниями / состояниями, предусмотренными в договоре страхования, в том числе:

12.3.8.1. разъяснения по условиям страхования, порядку и условиям получения услуг, предусмотренных договором страхования;

12.3.8.2. информацию по порядку получения медицинской помощи в рамках программ Обязательного медицинского страхования;

12.3.9. Получать консультацию медицинских специалистов по вопросам подготовки к диагностическим и лабораторным исследованиям, в том числе по телефону, посредством видеосвязи и чатов.

12.3.10. В течение Срока страхования получить второе медицинское мнение по поводу впервые диагностированных заболеваний / состояний, предусмотренных договором страхования, а также по поводу заболеваний в одной из следующих областей медицины: ортопедия, эндокринология, офтальмология, кардиология, гинекология, урология, гастроэнтерология на основании выписного эпикриза, предоставленного Страхователем (Застрахованным лицом).

12.3.11. Договором страхования может быть (в случае прямого указания в договоре страхования/условиях страхования и т.п. документах) предусмотрен дополнительный перечень прав из числа нижеуказанных (в том числе как всех, из перечисленных ниже, так и отдельных из них, в любой комбинации) в зависимости от страхового продукта:

12.3.11.1. Получать информацию об этапах рассмотрения обращения при обращении в связи с событием, имеющим признаки страхового случая, в том числе, путём получения сообщений посредством телефонной и иной связи.

12.3.11.2. Получить рекомендации Сервисной компании по составу программ реабилитации и подбору соответствующих программ после окончания лечения, проводимого в связи с наступившим страховым случаем.

12.3.11.3. Получить услуги переводчика, а также перевода (в том числе, медицинских документов) с русского и на русский язык на английский язык или язык страны, в которой запланировано или проводится лечение в случае, если такой перевод необходим для организации лечения по страховому случаю.

12.3.11.4. При обращении в связи со страховым случаем, воспользоваться услугами персонального куратора Сервисной компании.

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

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

12.4.4. 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.

12.4.5. Ознакомить Застрахованное лицо, указанное в договоре страхования, с Правилами страхования и условиями договора страхования.

12.4.6. Обеспечить при заключении договора страхования подписание у Застрахованного лица Декларации о состоянии здоровья, ее

хранение и представление ее Страховщику (Сервисной компании) по первому требованию, при соответствующем оформлении данных документов при заключении договора страхования.

12.4.6.1. При заключении договора страхования обеспечить соответствие достоверности данных, указанных в Декларации о состоянии здоровья Застрахованного лица, и фактических данных о Застрахованном лице.

Подтверждением согласия Страхователя с данными, изложенными в Декларации Застрахованного лица, является заключение договора страхования и/или уплата страховой премии / первого страхового взноса.

12.4.7. Предоставлять 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.

12.4.8. 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.

12.4.9. В случае обращения к Страховщику / Сервисной компании предоставить документы, необходимые для принятия решения о наступлении страхового случая и / или осуществления страховой выплаты.

12.4.10. Договором страхования может быть предусмотрен иной перечень прав и обязанностей Сторон.

13. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты в следующих случаях:

13.1.1. Если страховой случай по любому страховому риску наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.

13.1.2. Если страховой случай по любому

страховому риску наступил вследствие:

13.1.2.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

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

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

13.2. Страховщик отказывает 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).

13.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) Срока страхования или срока действия договора страхования (например, после прекращения срока действия договора страхования).

13.2.3. Сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

13.2.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица.

13.2.5. 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. Претензия должна содержать следующие реквизиты:

- наименование, место нахождения и адрес страховой организации;
- наименование «претензия»;

- дата и место ее составления;
 - номер и дата договора страхования;
 - суть требований и фактические обстоятельства, на которых основаны требования, а также доказательства, подтверждающие данные требования;
 - размер требований имущественного характера;
 - вид заявителя (потребитель или третье лицо, которому уступлено право требования потребителя к страховой организации), полное наименование, дата регистрации, место нахождения и адрес, ИНН/фамилию, имя, отчество (при наличии), дату и место рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, серия, номер и дата выдачи), адрес (место жительства/пребывания), контактную информацию (например, телефон, адрес электронной почты) и подпись заявителя или представителя заявителя, и документ, подтверждающий его полномочия;
 - наименование подразделения, должности, фамилии, имени, отчества (при наличии) работника Страховщика, действия (бездействия) которого обжалуются.
- К претензии должны быть приложены документы, подтверждающие обоснованность заявленных в претензии требований, перечень которых указывается в претензии.

14.3. Письменная мотивированная претензия должна быть вручена уполномоченному представителю стороны лично, направлена по почте заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении, либо представлена в электронной форме, включая обмен информацией в электронной форме и электронную почту, адрес которой указан на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

14.4. Претензия потребителя страховых услуг должна быть рассмотрена Страховщиком:

1) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления (претензии) получателя страховых услуг в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня

нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней (стандартные формы заявлений размещены на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной «Интернет»);

2) в течение 30 (тридцати) дней со дня получения и регистрации заявления (претензии) потребителя страховых услуг в иных случаях.

Претензии Страховщика должны быть рассмотрены в течение 30 (тридцати) дней со дня их получения потребителем страховых услуг.

14.5. Обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается лицу, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

14.6. Ответ на заявление (претензию) потребителя страховых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя страховых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу.

14.7. Ответ на заявление (претензию) не дается в следующих случаях:

- в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;
- текст обращения не поддается прочтению;
- в обращении содержатся только те вопросы, на которые обратившемуся лицу ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;
- в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу Страховщика, имуществу, жизни и (или) здоровью работников Страховщика, а также членов их семей;
- обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки;
- из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.

14.8. После истечения сроков рассмотрения заявления (претензии) (п.14.4 Правил) или получения ответа Страховщика, с 28.11.2019 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».

14.9. 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.

14.10. Иные споры, вытекающие из договора страхования и в связи с ним, в случае их неурегулирования в досудебном порядке, подлежат передаче для разрешения в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ

15.1. Страховщик 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).

15.2. При обработке персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), являющегося физическим лицом (далее – персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

15.2.1. Для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования.

15.2.2. Для целей перестрахования Страховщиком рисков, принятых по Договору страхования, и заключения, исполнения, изменения, прекращения соответствующего(-их) договора(-ов) перестрахования.

15.2.3. Для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей.

15.2.4. Для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика (в т. ч. оценки страхового риска).

15.2.5. Для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

15.2.6. Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает свое ознакомление с заявленными целями обработки персональных данных.

15.2.7. 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.

15.2.8. Страховщик обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения выполнения указанных обязанностей. При этом Страховщик самостоятельно определяет состав и перечень мер, необходимых и достаточных для обеспечения выполнения обязанностей. В частности, Страховщик при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.