

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
ООО «РСХБ–Страхование жизни»
от «15» апреля 2019 года № 40

Приложение к Договору страхования
« _____ »
№ _____
от _____. _____.20__

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №5-МС
«Выбери здоровье»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Условия страхования №5-МС «Выбери здоровье» (далее - Условия) разработаны на основании Правил страхования на случай критических заболеваний с лечением ООО «РСХБ-Страхование жизни» (редакция №2), утвержденных приказом Генерального директора Страховщика от «15» апреля 2019 г. № 40. На основании настоящих Условий, в соответствии с выданной органом страхового надзора лицензией на осуществление страхования, и руководствуясь действующим законодательством Российской Федерации, ООО «РСХБ-Страхование жизни» осуществляет заключение Договоров страхования, по которым осуществляется страхование имущественных интересов, связанных с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица в результате событий, предусмотренных договором страхования из числа поименованных в разделе 3 Условий (далее – Договоры страхования).

1.2. Информация о Страховщике и условиях страхования размещена на официальном сайте Страховщика - <http://www.rshbins-life.ru>.

1.3. Положения, содержащиеся в настоящих Условиях и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования прямо указывается на применение таких Условий или сами Условия приложены к нему.

1.4. Нижеперечисленные термины и определения, используемые в настоящих Условиях, имеют следующее значение:

1.4.1. **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.

1.4.2. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.4.3. **Выгодоприобретатель** – Застрахованное лицо.

1.4.4. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** - названное в Договоре страхования физическое лицо, в отношении здоровья которого заключен Договор страхования. **В рамках настоящих Условий Застрахованным лицом является Страхователь, при одновременном соблюдении следующих условий:**

1.4.4.1. Возраст Страхователя (Застрахованного лица) не менее 55 (пятьдесят пять) лет и не более 64 (шестьдесят четыре) года;

1.4.4.2. Страхователь (Застрахованное лицо) не являлся/не является инвалидом I группы, в отношении него не принималось врачебное решение о направлении для установления ему группы инвалидности, не является лицом, имеющим действующее направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ), и МСЭ не рассматривает документы на установление ему группы инвалидности;

1.4.4.3. Страхователь (Застрахованное лицо) не нуждается в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением;

1.4.4.4. Страхователь (Застрахованное лицо) является дееспособным физическим лицом;

1.4.4.5. Страхователь (Застрахованное лицо) не имеет заболевания и (или) функционального нарушения из нижеуказанных (по которым в течение жизни устанавливался диагноз, проводилось и(или) проводится лечение, либо в отношении которых лицо находилось (находится) под наблюдением врача-специалиста): СПИД или ВИЧ-инфекция, любые злокачественные новообразования, в том числе но не ограничиваясь: рак *in situ*; лейкозы; миелома; лимфомы; болезнь Ходжкина; любые виды опухолей или кист головного мозга и/или спинного мозга; 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; хроническая дыхательная недостаточность II-III степени; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); первичный иммунодефицит; амилоидоз; крипторхизм; хроническая почечная недостаточность любой стадии;

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

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

ему не проводилось лечение алкогольной и/или наркотической зависимости;

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

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

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

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

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

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

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

1.5. **Амбулаторные условия** - условия, не предусматривающие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

1.6. **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 соответствии с действующим законодательством страны оказания услуг (**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.

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

1.8. Период ожидания – период времени, предусмотренный Договором страхования, с даты заключения Договора страхования и до момента начала периода страхования, обусловленного Договором страхования, в течение которого обращения Застрахованного лица за организацией и/или оказанием медицинских услуг (из числа событий, предусмотренных Договором страхования) не являются страховым случаем, и Страховщик не несет обязательств по страховой выплате.

1.9. 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. Заключая Договор страхования и/или подписывая Декларацию, Страхователь подтверждает соответствие состояния своего здоровья сведениям, содержащимся в Декларации.

1.10. 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.

1.11. Первичное диагностирование (первичная постановка диагноза) – факт

установления Врачом впервые в жизни Застрахованному лицу диагноза заболевания. Первичное диагностирование, проведенное, в том числе, в период страхования (по истечении периода ожидания), 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.

1.12. Период страхования - период времени, в течение которого наступление события, предусмотренного Договором страхования (страхового случая), влечет за собой возникновение обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты. Период страхования начинается со дня, следующего за днем окончания периода ожидания (если период ожидания установлен) и действует до дня окончания срока действия Договора страхования включительно.

1.13. Срок действия Договора страхования – период времени, в течение которого действует Договор страхования.

1.14. Психохирургия - лечение психических расстройств с помощью операций на головном мозге.

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

1.16. Сервисная компания – специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных Условиями страхования и Договором страхования, в Больницах или иных организациях.

1.17. Профессиональный спорт – часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают

вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **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. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. **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 Условиям страхования, является риск возникновения в период страхования обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу **в связи с:**

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

Страховым случаем, с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Условиями 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 разделом Условий, при одновременном наличии следующих условий: диагноз злокачественного новообразования подтвержден гистологическими

или (в случае системных онкологических заболеваний) цитологическими исследованиями и заключением врача – онколога/гематолога; диагноз указанного в настоящем пункте злокачественного новообразования установлен Застрахованному лицу впервые; диагноз указанного в настоящем пункте злокачественного новообразования установлен Застрахованному лицу в течение Периода страхования, по истечении периода ожидания; Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 10.1.2. Условий в течение Периода страхования.

4. ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

4.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного Условиями и Договором страхования, Страховщик оплачивает организацию и оказание следующих медицинских и иных услуг в пределах установленной Договором страхования Страховой суммы:

4.1.1. **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 узла)¹, из аэропорта (транспортного узла) до отеля (апартаментов) и/или до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение, и обратно.

4.1.2. **Оплата билета** эконом класса для Застрахованного лица, а также при наличии медицинских показаний – оплата медицинского сопровождения и дополнительных мест и оборудования в самолете (ином средстве транспорта) при регулярном рейсе.

4.1.3. **Проживание** Застрахованного лица: подлежит оплате проживание в отеле (3 или 4 звезды) или эквивалентного стандартного номера в апартаментах с оплатой услуг, включенных в стоимость номера для Застрахованного лица. Не подлежат оплате дополнительные услуги, не включенные в стоимость номера.

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

¹ При отсутствии регулярных авиалинейных перевозок

4.1.5. Лечение на территории Российской Федерации, проводимое по поводу страхового случая:

4.1.5.1. *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 на территории страны оказания услуг, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;

в) лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций и трансплантации, которые производятся только в случаях, прямо указанных в Условиях и в объеме, указанном в Условиях), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, разрешенные к применению на территории страны оказания услуг и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору Сервисной компании, на территории страны оказания услуг;

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.

4.1.5.2. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях, при условии, что сообщение о страховом случае было заявлено и согласовано Сервисной компанией в течение Периода страхования, оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования, а также расходы в соответствии с п. 4.1.2. и 4.1.4. Условий.

4.1.5.3. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях, при условии, что сообщение о страховом случае было заявлено и согласовано Сервисной компанией в течение Периода страхования, при наличии состояния, угрожающего жизни Застрахованного лица (прекращение оказываемой медицинской помощи может повлечь смерть Застрахованного лица), оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 90 (девяноста) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования, а также расходы в соответствии с п. 4.1.2. и 4.1.4. Условий.

4.2. 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 (страховой суммы), установленных Договором страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, **не являются страховыми случаями (не покрывается страхованием), и страховая выплата не производится по следующим событиям/заболеваниям и состояниям/расходам/услугам:**

5.1.1. Услуги и расходы в связи с первичным диагностированием у Застрахованного лица заболевания.

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

5.1.3. Услуги и расходы, прямо не указанные в Договоре страхования как услуги и расходы, подлежащие организации и оплате.

5.1.4. Услуги и расходы по заболеваниям/состояниям, указанным в Договоре страхования, но возникшим до окончания периода ожидания или после истечения срока действия Договора страхования.

5.1.5. Услуги и расходы, оказанные / понесенные до окончания периода ожидания или после истечения срока действия Договора страхования, за исключением указанных в п.п. 4.1.5.2, 4.1.5.3. Условий.

5.1.6. 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.

5.1.7. Психириургия.

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

5.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена Договором страхования;

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

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

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

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

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

5.1.10. 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.

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

5.1.12. Услуги, не назначенные Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения по поводу страхового случая.

5.1.13. 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.

5.1.14. 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 или осужденных за совершенные преступления.

5.1.15. 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 ионизирующими излучениями, ультрафиолетовым излучением, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями.

5.1.16. Услуги и расходы в связи с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию на территории страны оказания услуг.

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

5.1.18. Услуги и расходы 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 (лечение, предусмотренное страхованием было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования).

5.1.19. 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.

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

5.1.21. 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).

5.2. Дополнительно к основаниям, указанным в пункте 5.1. Условий страхования, не признаются страховыми случаями, и страховая выплата не осуществляется в связи с расходами на:

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

5.2.2. Возмещение упущенной выгоды.

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

5.2.4. Расходы, превышающие страховые суммы и лимиты ответственности, установленные в Договоре страхования.

6. ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при заключении Договора страхования устанавливается период ожидания длительностью 120 (сто двадцать) дней с даты заключения Договора страхования.

6.2. Если иное дополнительно не оговорено Договором страхования, период ожидания не устанавливается для Договоров страхования, заключаемых Страховщиком с тем же Страхователем повторно не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента окончания срока действия ранее заключенного Договора страхования в соответствии с настоящими Условиями страхования. При повторном и последующем заключении Договора страхования с тем же Страхователем в пределах установленного настоящим пунктом Условий страхования срока, период ожидания равен нулю.

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

7.1. Территорией страхования, организации и оказания услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования, является – Российская Федерация.

7.2. Если иное не установлено Договором страхования, срок действия Договора страхования составляет 1 (один) год с момента вступления Договора страхования в силу. Если иное не установлено Договором страхования период страхования начинается с 00 часов 00 минут 121 (сто двадцать первого) дня с даты заключения Договора страхования и действует до даты окончания срока действия договора страхования.

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 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 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 (тридцати) 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 в полном объеме в срок, предусмотренный Договором страхования, и действует один год.

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

8.1. **Страховой суммой** является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

8.2. Размер страховой суммы устанавливается в Договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

8.3. 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.

8.4. Страховая сумма является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страховой выплаты, осуществленной

Страховщиком в период действия Договора страхования.

8.4.1. 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.

8.5. Страховая сумма по Условиям устанавливается в рублях.

8.6. **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 Условиях.

8.7. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.

8.8. **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.

8.9. Страховая премия уплачивается в рублях, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая премия уплачивается одновременно безналичным перечислением полной суммы страховой премии на расчетный счет Страховщика либо путем внесения средств в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика. Сумма и дата оплаты указываются на документе, подтверждающем оплату страховой премии.

8.10.1. Под документом, подтверждающим оплату страховой премии, понимается исполненное банком платежное поручение или

иной документ о перечислении страховой премии по Договору страхования.

8.10.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае несоответствия суммы оплаченной страховой премии размеру страховой премии, 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.

8.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой оплаты страховой премии Страхователем является:

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

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

8.11.3. 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).

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

8.13. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату страховой премии и /или о факте прекращения Договора страхования в связи с истечением срока страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений/чатов на номер мобильного телефона 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.

9.2. При наличии расхождений между положениями Договора страхования, Условий и Правил страхования преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

9.3. 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.

9.4. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного заявления Страхователя. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора 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.

9.5.2. Вручения Страхователю на основании устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В этом случае, согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Условий. Принятие Страхователем Страхового полиса и Условий страхования подтверждается оплатой Страхователем страховой премии 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 официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (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 на основании его заявления 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 или первого страхового взноса. Страхователь-физическое лицо уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Условиях страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» 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.

9.6. 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. 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. 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.

9.8. 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.

9.9. Договор страхования прекращается в случаях:

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

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

9.9.3. *По соглашению сторон* – с 00 часов 00 минут дня указанного, как дата досрочного прекращения Договора страхования в соответствующем письменном Соглашении.

9.9.4. *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.

9.9.5. *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 9.9.4 Условий.

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. 9.9.5.1. Условий.

9.9.5.1. Страхователь - физическое лицо, имеет право отказаться от Договора страхования в течение **14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии**, при отсутствии в данном периоде 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. 9.9.5.1 Условий.

9.9.5.2. Если Страхователь – физическое лицо, отказался от Договора страхования в иной срок, чем предусмотренный п. 9.9.5.1. Условий, уплаченная премия (её часть) возврату не подлежит.

9.9.5.3. Возврат страховой премии в случаях, указанных в п. 9.9.5.1. Условий, 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:

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

9.9.5.3.2. Документы, удостоверяющие личность заявителя (представителя);

9.9.5.3.3. Документы, подтверждающие полномочия представителя заявителя.

9.9.6. *В иных случаях*, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Условиями и Договором страхования.

9.10. В целях заключения Договора страхования, изменения условий Договора страхования, получения страховой выплаты, в

случаях и порядке, предусмотренных настоящими Условиями, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) вправе направить информацию в электронной форме с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» согласно ст. 6.1. Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

9.11. 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).

9.12. 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.

9.13. 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, указанного в п. 3.1 Условий, Страхователь должен в **Период 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, имеющем 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.

В случае, если Страхователем производилось заключение Договоров страхования в соответствии с п.6.2 Условий, - все ранее заключенные Договоры страхования с платежными документами, подтверждающими их оплату.

10.1.2.4. *Согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных* (включая, все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона 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.

10.1.2.5. *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.

10.1.2.6. *Медицинский документ* (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного, выписной эпикриз), заверенный печатью выдавшего учреждения и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в рамках настоящих Условий страхования, сроков лечения, результатов обследования и другой сопутствующей информации.

10.1.2.7. *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.*

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

10.1.2.9. *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).*

10.1.2.10. *Заключение врача – специалиста в предметной области с указанием полного*

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

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

Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 10.1.2 Условий, 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 организацией 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.

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

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; дату его рождения; номер Договора страхования; диагноз; итоговую сумму к оплате; дату страхового случая; данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в т.ч. паспортные данные Застрахованного (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 клиники, содержащих информацию о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица, проведенном лечении, проведенных обследованиях Застрахованного, лабораторных исследованиях, а также копии счетов организаций, оказавших Застрахованному услуги.

11.6. 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 Условий страхования, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

11.6.1. 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 для перечисления страховой выплаты;

– документы, подтверждающие правоспособность лица, обратившегося за выплатой.

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

– 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).

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

11.7. После представления Выгодоприобретателем (Застрахованным лицом, Страхователем), всех необходимых документов, указанных в п. 10.1.2, 11.6.1, позволяющих судить о причинах и обстоятельствах, повлекших наступление события, обладающего признаками страхового случая, и о размере страховой выплаты, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен в Договоре страхования) со дня представления Выгодоприобретателем (Застрахованным лицом, Страхователем) всех необходимых документов обязан принять одно из следующих решений:

11.7.1. О признании заявленного события страховым случаем.

В этом случае в указанный в п. 11.7 Условий страхования срок Страховщик утверждает Страховой акт, и Сервисная организация начинает осуществлять организацию оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, либо Страховщик производит страховую выплату в случаях, предусмотренных п.11.6. Условий, в

течение 10 (десяти) рабочих дней с даты утверждения Страхового акта, *если иные сроки не предусмотрены Договором страхования.*

11.7.2. Об отказе в страховой выплате.

В этом случае в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решения об отказе в страховой выплате (в срок, предусмотренный п. 11.7. Условий) Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) направляется письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа, *если иные сроки не предусмотрены Договором страхования.*

11.7.3. О проведении страхового расследования.

Страховщик имеет право, письменно уведомив Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя), вынести мотивированное решение об отсрочке принятия решения о признании или непризнании события страховым случаем или об отказе в страховой выплате, 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 страховой случай;

– полученные Страховщиком и предусмотренные Договором страхования документы не подтверждают наличие страхового события, в связи с чем возникла необходимость в запросе дополнительных документов. В этом случае, Страховщик вправе запросить дополнительно документы у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) и/или компетентных органов. При этом Страховщик обязан обосновать в своем запросе необходимость предоставления ему таких документов.

Страховое расследование проводится в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения всей необходимой информации в соответствии с настоящим пунктом Условий страхования.

Решение о признании или непризнании события страховым случаем или об отказе в страховой выплате принимается в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после завершения страхового расследования.

11.8. 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 и/или Сервисная компания имеют 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 компании) лечебном учреждении либо у указанного Страховщиком (Сервисной компании) 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 Условиях и Договоре 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 Условиями 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 (месте 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 Условия, любые разъяснения по Условиям 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 на основании письменного заявления дубликат Договора страхования в случае утери подлинника.

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

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

12.3.7.1. разъяснения по условиям страхования, порядку и условиям получения услуг, предусмотренных Договором страхования;

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

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

12.3.9. Один раз в течение Периода страхования получить второе медицинское мнение по поводу впервые диагностированных заболеваний / состояний, предусмотренных Договором страхования на основании выписного эпикриза, предоставленного Страхователем (Застрахованным лицом).

12.4. Страхователь обязан:

12.4.1. До заключения Договора страхования ознакомиться с настоящими Условиями, Договором страхования (в том числе текстом Декларации).

12.4.2. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленную Договором страхования страховую премию.

12.4.3. 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 Условиях и Договоре страхования.

12.4.4. Ознакомить Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, с Условиями страхования и условиями Договора страхования.

12.4.4.1. В случае заключения Договора страхования в соответствии с п. 9.5.2-9.5.3 Условий, - обеспечить соответствие достоверности данных, указанных в Декларации о состоянии здоровья Застрахованного лица, являющейся частью Страхового полиса, и фактических данных о Застрахованном лице.

Подтверждением согласия Страхователя с данными, изложенными в Декларации Страхового полиса, является уплата страховой премии.

12.4.5. 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.

12.4.6. В период действия Договора страхования 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.

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 5 Условий страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, определенных Условиями страхования).

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

13.2.3. Событие произошло в период ожидания.

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

13.2.5. 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.

13.2.6. 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 (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком стороны применяют обязательный претензионный досудебный порядок, если иное не предусмотрено законом.

14.2. Претензия должна содержать следующие реквизиты:

- наименование «претензия»;
- дата и место ее составления;
- суть требований и обстоятельства, имеющие отношение к событию, имеющему признаки страхового случая, и явившиеся основанием для предъявления претензии;
- сумма претензии и порядок ее расчета;
- подпись представителя стороны, имеющей претензию к другой стороне, и документ, подтверждающий его полномочия.

К претензии должны быть приложены документы, подтверждающие обоснованность заявленных в претензии требований.

14.3. Письменная мотивированная претензия

должна быть вручена уполномоченному представителю стороны лично или направлена по почте заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении.

14.4. Претензии, направленные иным образом, к рассмотрению не принимаются.

14.5. Надлежащим образом врученная претензия должна быть рассмотрена в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты ее получения.

14.6. Ответ на обращение 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.

14.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, все споры, которые возникли между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в связи с Договором страхования и неразрешенные в досудебном порядке передаются 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.

15.3. Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

15.3.1. Для целей заключения, исполнения (в том числе исполнения обязательств Сервисной

компанией), изменения, прекращения Договора страхования.

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

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

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

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

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

15.5. 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.

15.6. 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.