

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

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
С ЛЕЧЕНИЕМ**

(редакция №2)

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
- 2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**
- 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**
- 4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**
- 5. ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**
- 6. ИСКЛЮЧЕНИЯ**
- 7. ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ**
- 8. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ**
- 10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 11. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**
- 12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
- 13. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 14. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**
- 15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
- 16. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования на случай критических заболеваний с лечением в редакции №2 (далее – **Правила страхования, Правила**) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Страховщиком договоров страхования (страховых полисов) на случай критических заболеваний с лечением (далее - **договор страхования**).

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

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 окончанным высшим медицинским образованием, на законных основаниях и в соответствии с имеющимися сертификатами, квалификацией допущенный к осуществлению медицинской практики соответствующей специализации.

2.4. **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.

2.5. Декларация о состоянии здоровья (далее – Декларация) – декларация, анкета, содержащая информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица до момента заключения Договора страхования. Обстоятельства, изложенные в Декларации о состоянии здоровья, имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также для согласования сторонами условий Договора страхования о Застрахованном лице. Декларация может являться отдельным документом, либо быть частью документа (Заявления, Договора страхования, Страхового полиса и т.д.). Заключая Договор страхования и/или подписывая Декларацию, Страхователь подтверждает соответствие состояния своего здоровья сведениям, содержащимся в Декларации.

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

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

2.10. 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.

2.11. Психирургия - лечение психических расстройств с помощью операций на головном мозге.

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

2.13. 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.

2.14. 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.

2.15. Договором страхования могут быть предусмотрены иные трактовки терминов, изложенных в разделе 2 Правил.

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 (-шая) 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. 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 период страхования обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу **в связи с:**

4.1.1. Злокачественным новообразованием, а именно: злокачественным новообразованием, характеризующимся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток различного гистологического типа, проникающих в ткани, и относящимся к кодам C00-C43, C45-C97 по МКБ-10, за исключением: C44 – эпителиальных опухолей кожи (включая базалиому, плоскоклеточный рак), C91.1 – 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:

- 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 11.1.2. Правил страхования, в течение Периода страхования.

4.1.2. Трансплантацией костного мозга, а именно: плановым медицинским мероприятием, удовлетворяющим следующим условиям:

- событие признано страховым случаем по договору страхования;
- в наличии донор, подходящий для трансплантации Застрахованному лицу;
- оказание услуг осуществляется в больнице, подтвердившей возможность оказания услуги, согласованной Сервисной компанией;
- не является экспериментальной процедурой и/или процедурой, выполняемой в научно-исследовательских целях;
- 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:

- диагноз лимфомы или лейкоза установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден гистологически;
- трансплантация костного мозга назначена лечащим врачом при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение Периода страхования, по истечении периода ожидания;
- Сервисной компанией получено подтверждение необходимости проведения трансплантации не менее чем двумя Врачами-специалистами в соответствующей области медицины в соответствии с принятыми медицинскими критериями;
- Застрахованное лицо обратилось в Сервисную компанию с полным пакетом документов, предусмотренных пунктом 11.1.2. Правил страхования, в течение Периода страхования.

4.1.3. Нейрохирургической операцией, а именно: хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга, признанные страховым случаем.

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:

- нейрохирургическая операция назначена лечащим врачом при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение Периода страхования, по истечении периода ожидания;
- необходимость операции возникла в Период страхования и подтверждена данными магнитно-резонансной томографии;
- 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 11.1.2. Правил страхования, в течение Периода страхования.

4.1.4. Аортокоронарным шунтированием, 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:

- Аортокоронарное шунтирование назначено лечащим врачом при лечении по поводу заболевания, диагностированного впервые в течение Периода страхования, по истечении периода ожидания;
- необходимость операции возникла в Период страхования и подтверждена результатами коронарной ангиографии;
- 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 11.1.2. Правил страхования, в течение Периода страхования.

4.1.5. Хирургической операцией по замене / восстановлению сердечных клапанов, а именно: хирургической операцией на сердечных клапанах, рекомендованной лечащим врачом - кардиологом, направленной на замену или лечение одного 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 Периода страхования, по истечении периода ожидания; необходимость операции (лечения) обусловлена развитием стеноза / недостаточности или комбинацией этих состояний и

возникла в Период 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 11.1.2. Правил страхования, в течение Периода 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, предусмотренного Правилами 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 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, 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.

¹ При отсутствии регулярных авиаперевозок

5.1.5.2. 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. 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 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. 5.1.2. и 5.1.4. Правил.

5.2. 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, установленных договором страхования.

5.3. 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.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ

6.1. 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:**

6.1.1. Услуги и расходы в связи с первичным диагностированием 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 окончания периода ожидания или после истечения срока действия договора страхования.

6.1.5. Услуги и расходы, оказанные / понесенные до окончания периода ожидания 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. Психириургия.

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 по поводу страхового случая.
- 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 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).
- 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).

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

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

6.2.2. Возмещение упущенной выгоды.

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

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

7. ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ

7.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования устанавливается период ожидания длительностью 120 (Сто двадцать) дней с даты заключения договора страхования.

7.2. 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 Правилами страхования. При повторном и последующем заключении договора страхования с тем же Страхователем в пределах установленного настоящим пунктом Правил страхования срока, период ожидания равен нулю.

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

8.1. Территорией страхования, организации и оказания услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования, является весь мир.

8.2. 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 окончания срока действия договора страхования.

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

8.3.1. 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.

8.3.2. 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.

8.3.3. 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 в полном объеме в срок, предусмотренный договором страхования, и действует один год.

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

9.1. **Страховой суммой** является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

9.2. 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.

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

9.4. 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.

9.5. 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 период действия договора страхования.

9.5.1. 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.

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

9.7. **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.

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

9.9. **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.

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

9.11. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая премия уплачивается единовременно 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.

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

9.11.2. 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.

9.12. Если иное не предусмотрено договором страхования, датой оплаты страховой премии Страхователем является:

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

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

9.12.3. 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).

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

9.14. 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.

10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. 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.

10.2. При наличии расхождений между положениями договора страхования и Правил страхования преимущественную силу имеют положения договора страхования.

10.3. 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.

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

10.5. Договор страхования может заключаться путем:

10.5.1. 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.

10.5.2. 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.10.1 Правил страхования). Принятие Страхователем Страхового полиса и Правил 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.

10.5.3. 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 Правилах 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.

10.5.4. 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.

10.6. 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.

10.7. 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), операций на сердце и его сосудах, аорте, операций шунтирования, стентирования; трепанаций черепа, не связанных 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).

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.

10.8. 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.

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

10.9.1. 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 страхования (даты заключения договора страхования) до истечения пяти лет (если иной срок не указан в согласии) после прекращения Страховщиком обязательств по договору страхования;

10.9.2. 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;

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

10.9.4. 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 владельцев.

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).

10.10. 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.

10.11. Договор страхования прекращается в случаях:

10.11.1. *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:

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

10.11.3. *Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса* в размере и сроки, установленные договором страхования, - в порядке, предусмотренном п. 9.12 Правил страхования;

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

10.11.5. *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.

10.11.6. *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 10.11.5 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. 10.11.5. Правил страхования.

10.11.6.1. 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. 10.11.6.1 Правил страхования.

10.11.6.2. Если Страхователь – физическое лицо, отказался от договора страхования в иной срок, чем предусмотрен п. 10.11.6.1 Правил страхования, уплаченная по Договору страхования страховая премия и/или часть страховой премии возврату не подлежит.

10.11.6.3. Возврат страховой премии в случаях, указанных в п. 10.11.6.1 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:

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

10.11.6.3.2. Документы, удостоверяющие личность заявителя (представителя);

10.11.6.4. Документы, подтверждающие полномочия представителя заявителя

10.11.6.5. Страховщик вправе предусмотреть более длительный срок для отказа от договора страхования, чем срок, установленный п. 10.11.6.1 Правил страхования.

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

10.11.8. 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 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».

10.12. 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).

10.13. 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.

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

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

11.1. Уведомление о событии, имеющего признаки страхового случая.

11.1.1. После получения подтвержденного диагноза заболевания или необходимости проведения хирургической операции из перечня, указанного в п. 4.1 Правил страхования, 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.

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

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

11.1.2.2. *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).*

11.1.2.3. *Договор страхования и платежный документ, подтверждающий оплату страховой премии.*

В случае, если Страхователем производилось заключение договоров страхования в соответствии с п.7.2, - все ранее заключенные договоры страхования с платежными документами, подтверждающими их оплату.

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

11.1.2.5. *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.*

11.1.2.6. *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.*

11.1.2.7. *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 правил страхования, сроков лечения, результатов обследования и другой сопутствующей информации.

11.1.2.8. *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.

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

11.1.2.10. *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).

11.1.2.11. *Заключение врача – специалиста в предметной области* с указанием полного клинического диагноза, показаний к лечению, подтверждающее необходимость назначенного лечения, а также выбранный план лечения.

Указанный перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик (Сервисная компания) вправе сократить перечень документов, указанный в п. 11.1.2 Правил страхования, а также принять иные документы, взамен указанных.

Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 11.1.2 Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

11.2. **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.

11.3. **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.

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

12.1. 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.

12.2. Застрахованное лицо при обращении в Сервисную компанию предоставляет документы, указанные в п. 11.1.2 Правил страхования.

12.3. 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.

12.4. Размер страховой выплаты определяется в размере стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской и иной помощи в объеме, предусмотренном договором страхования.

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

12.5.1. 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.

12.5.2. 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.

12.6. 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 11.1.2 Правил страхования, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

12.6.1. В этом случае Выгодоприобретатель (Страхователь, Застрахованное лицо,) дополнительно к документам, указанным в п. 11.1.2, предоставляет:

- заявление на выплату от Выгодоприобретателя, с указанием реквизитов;
- 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).

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

12.7. После представления Выгодоприобретателем (Застрахованным лицом, Страхователем), всех необходимых документов, указанных в п. 11.1.2, 12.6.1, 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:

12.7.1. О признании заявленного события страховым случаем.

В этом случае в указанный в п. 12.7 Правил 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.12.6. Правил, в

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

12.7.2. Об отказе в страховой выплате.

В этом случае в течение 3 (трёх) рабочих дней с момента принятия решения об отказе в страховой выплате (в срок, предусмотренный п. 12.7. Правил) Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) направляется письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа, *если иные сроки не предусмотрены договором страхования.*

12.7.3. 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 Правил 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.

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

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

13. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

13.1. Страховщик имеет право:

13.1.1. 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.

13.1.2. 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.

13.1.3. 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.

13.1.4. 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).

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

13.2. Страховщик обязан:

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

13.2.2. 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.

13.2.3. 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.

13.2.4. 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.

13.2.5. 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).

13.3. Страхователь имеет право:

13.3.1. 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.

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

13.3.3. Получить расчет размера страховой выплаты.

13.3.4. 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).

13.3.5. Получить дубликат договора страхования в случае утери подлинника.

13.3.6. 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.

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

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

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

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

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

13.3.10. 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).

13.3.11. 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:

13.3.11.1. 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.

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

13.3.11.3. 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.

13.3.11.4. При обращении в связи со страховым случаем, воспользоваться услугами персонального куратора Сервисной организации.

13.4. Страхователь обязан:

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

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

13.4.3. 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 Правилах страхования и договоре страхования.

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

13.4.5. 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.

13.4.5.1. В случае заключения договора страхования в соответствии с п. 10.5.2-10.5.4, - 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.

13.4.6. 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 владельцев.

13.4.7. 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.

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

14. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

14.1. **Страховщик освобождается от страховой выплаты в следующих случаях:**

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

14.1.2. Если страховой случай по любому страховому риску наступил вследствие:

14.1.2.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

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

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

14.2. **Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:**

14.2.1. 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).

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

14.2.3. Событие произошло в период ожидания.

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

14.2.5. 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.

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

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. При разрешении споров между Страхователем (Застрахованным лицом,

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

15.2. Претензия должна содержать следующие реквизиты:

- наименование «претензия»;
- дата и место ее составления;
- суть требований и фактические обстоятельства, на которых основаны требования, а также доказательства, подтверждающие данные требования;
- сумма претензии и порядок ее расчета;
- подпись заявителя или представителя стороны, имеющей претензию к другой стороне, и документ, подтверждающий его полномочия.

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

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

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

15.5. Надлежащим образом врученная претензия должна быть рассмотрена в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты ее регистрации. Обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается лицу, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

15.6. 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.

15.7. 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:

- передаются в Арбитражный суд г. Москвы, если Страхователь (Выгодоприобретатель) - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель;
- в соответствии с действующим законодательством, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) - физическое лицо.

16. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ

16.1. 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).

16.2. 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:

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

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

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

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

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

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

16.2.7. 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.

16.2.8. 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.