

**УТВЕРЖДЕНЫ**

Приказом  
Операционного директора  
Общества с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»  
от 12.08.2019 года № Пр/147-1

**ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ  
№ 0062.СЛ.04/05.00**

**Москва**

## Определения

**Врач - консультант** - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, имеющий в установленном действующим законодательством порядке право на осуществление медицинской деятельности и практикующий на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (при условии, если такие стандарт(-ы) и порядок(-ки) оказания медицинской помощи предусмотрены законодательством).

**Временная нетрудоспособность (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица)** – временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям вследствие временного нарушения здоровья, сопровождающееся оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

**Дата страхового случая:**

в случае смерти – это дата смерти Застрахованного лица, указанная в свидетельстве о смерти;

в случае установления 1-й или 2-й группы инвалидности – это дата установления инвалидности согласно документу, выданному Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

по страховому риску «**Временная нетрудоспособность**» – это дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности/первому дню временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листка нетрудоспособности, оформленного в течение непрерывного периода нетрудоспособности, а в случае, если листок нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством не оформляется Застрахованному лицу, - дата первого обращения в течение непрерывного периода временного расстройства здоровья за медицинской помощью, указанная в документе из медицинской организации, содержащем сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз).

по страховому риску «**Дистанционная медицинская консультация**» - дата обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация».

**Заболевание (болезнь)** – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

**Занятие спортом на профессиональном уровне** – занятие профессиональным спортом, которым является часть спорта, направленная на организацию и проведение профессиональных спортивных соревнований, участие в которых направлено на получение дохода.

**Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования.

**Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая Приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая Приложения к Договору страхования) по страховому(ым) риску (ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям)/на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг и т.п.).

**Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования.

**Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

**Несчастный случай** – фактически произошедшее в период страхования внезапное, непредвиденное и не зависящее от воли Застрахованного лица внешнее событие, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящего определения. По соглашению Сторон в Договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень событий, являющихся несчастным случаем.

**Оплачиваемый период нетрудоспособности** – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни нетрудоспособности (дни временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Временная нетрудоспособность».

**Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, порядок их оказания, а также иные положения, в том числе положения (условия) предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования (*Приложение № 1 к настоящим Правилам страхования*).

**Платежное поручение** – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты страховой премии (страхового взноса), который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Сервисная компания (Ассистанс-компания)** - специализированная организация, привлекаемая Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

**Расчетная величина** – денежная сумма или иной параметр, которая(ый) может устанавливаться Договором страхования для определения размера страховой выплаты по одному или нескольким страховому(ым) риску(ам).

**Срок страхования** – период времени, определяемый Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами страхования и Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате). Договором страхования могут быть установлены различные сроки страхования по рискам, предусмотренным Договором.

**Страховая выплата** – по всем страховым рискам, за исключением страхового риска «Дистанционная медицинская консультация», - сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем. При наступлении Страхового случая по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация».

**Страховой полис** – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования.

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

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

**Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

**Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

**Страховая сумма** – определенная в порядке, установленном Договором страхования, денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

## 1. Общие положения

1.1. На основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0062.СЛ.04/05.00 (далее и выше по тексту – «Правила страхования» или «Правила») и действующего законодательства Российской Федерации ООО СК «Сбербанк страхование жизни» заключает со Страхователями следующие договоры страхования (далее и выше по тексту – «Договор(-ы)» или «Договор(-ы) страхования»): Договоры страхования от несчастных случаев и/или болезней, Договоры добровольного медицинского страхования, Договоры комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и добровольного медицинского страхования<sup>1</sup>.

1.2. Положения, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Страхового полиса, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Страховом полисе прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Страховом полисе.

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки, территория действия страхования - весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.4. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также формировать условия страхования для отдельного договора страхования или группы договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

## 2. Объект страхования. Субъекты страхования

### 2.1. Объектом страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.1.1. – 3.1.6. Правил страхования: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица и/или его смертью в результате несчастного случая и/или болезни (также по тексту Правил страхования – «страхование от несчастных случаев и/или болезней»).

2.1.2. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.1.7. Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица 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 (также по тексту Правил страхования – «медицинское страхование»).

---

<sup>1</sup> При заключении конкретного договора страхования название договора комбинированного страхования также может указываться с учетом страховых рисков, включаемых в договор страхования: договор комбинированного страхования от несчастных случаев и добровольного медицинского страхования/договор комбинированного страхования от болезней и добровольного медицинского страхования.

2.2. В договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию от несчастных случаев и болезней и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

2.3. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, юридическое лицо или индивидуальный предприниматель (как эти термины определены законодательством Российской Федерации), заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.4. **Страховщик** по Договорам страхования – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное фирменное наименование – ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.5. **Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и которое обладает правом на получение страховой выплаты, и которое назначено с согласия Застрахованного лица.

По страхованию от несчастных случаев и/или болезней: Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по Договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

По медицинскому страхованию: договор страхования заключен в пользу Застрахованного лица.

2.6. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

### 3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Договоры страхования по настоящим Правилам страхования могут быть заключены с ответственностью по одному или нескольким из следующих страховых рисков:

3.1.1. Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования в результате несчастного случая или заболевания (также именуется **«Смерть от несчастного случая или заболевания»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая или заболевания (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.2. Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования в результате несчастного случая (также именуется **«Смерть от несчастного случая»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.3. Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 группы в течение срока страхования в результате несчастного случая или заболевания (также именуется **«Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания»**). Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 1 группы в течение срока страхования в результате несчастного случая или заболевания (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.4. Установление Застрахованному лицу инвалидности 2 группы в течение срока страхования в результате несчастного случая (также именуется **«Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»**). Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 2 группы в течение срока страхования в результате несчастного случая (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.5. Установление Застрахованному лицу инвалидности 2 группы в течение срока страхования в результате заболевания (также именуется **«Инвалидность 2 группы в результате заболевания»**). Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 2 группы в течение срока страхования в результате заболевания (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.6. Непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 календарных дней, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая или заболевания (также именуется **«Временная нетрудоспособность»**). Страховым случаем является непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 календарных дней, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания, диагностированного в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п.п. 3.3, 3.4 настоящих Правил).

3.1.7. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация» вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (далее – **«Дистанционная медицинская консультация»**). Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5 настоящих Правил).

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в Договоре страхования. Договор страхования может предусматривать как один страховой риск, так и различное сочетание / комбинацию страховых рисков, а также виды страхового покрытия, включающие в себя один или несколько страховых рисков в зависимости от категории(-й), к которой(-ым) относится Застрахованное лицо. При страховании двух и более лиц Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица или категории Застрахованных лиц могут предусматриваться различные страховые риски, различное сочетание/комбинация страховых рисков, виды страхового покрытия.

3.3. Если иное не установлено Договором страхования, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1. – 3.1.6, не являются страховыми случаями (**исключения из страхования**) события, наступившие в результате и/или во время:

3.3.1. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления, пребывания в местах лишения свободы, заключения под стражей;

3.3.2. участия Застрахованного лица в столкновениях и иных приравниваемых к ним событиях, нарушениях общественного порядка, а также подготовки и/или совершения террористического акта;

3.3.3. управления транспортным средством самим Застрахованным или лицом, управление которому передано Застрахованным лицом: в состоянии алкогольного опьянения при концентрации алкоголя 0.3 промилле или более, в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя при концентрации алкоголя 0.3 промилле или более, наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, новых потенциально опасных психоактивных веществ либо других одурманивающих веществ; при отсутствии права на управление транспортным средством соответствующей категории; при отсутствии права на управление транспортным средством ввиду отсутствия соответствующего разрешения правомочного законного владельца транспортного средства;

3.3.4. в результате алкогольного отравления, наркотического или токсического опьянения (отравления);

3.3.5. участия в военных сборах и учениях или происшествия, связанного с прохождением Застрахованным лицом военной службы;

3.3.6. занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки, сборы, а также занятия следующими видами спорта/увлечениями (вне зависимости от уровня): авто и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), бейсджампинг, воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом), альпинизм, спелеотуризм, скалолазание, контактные и боевые

единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, гребля на байдарках, катание на моторном катере, каноэ, каяке.

3.4. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3 Правил страхования, по страховом риску «**Временная нетрудоспособность**», указанному в п. 3.1.6 Правил страхования, не являются страховыми случаями (**исключения из страхования**) следующие события:

3.4.1. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее 16 календарных дней;

3.4.2. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более 16 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица.

3.5. По страховому риску «**Дистанционная медицинская консультация**», указанному в п. 3.1.7 Правил страхования, не являются страховыми случаями (**исключения их страхования**) следующие события:

3.5.1. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных Программой ДМС;

3.5.2. обращение Застрахованного лица за оказанием дистанционной медицинской консультации иных специалистов, кроме указанных в Программе ДМС;

3.5.3. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в медицинские организации, не предусмотренные Программой ДМС;

3.5.4. обращение за оказанием дистанционной медицинской консультации Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

3.5.5. обращение Застрахованного лица по вопросам:

3.5.5.1. немедицинского характера;

3.5.5.2. по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

3.5.5.3. для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии;

3.5.6. обращение Застрахованного лица касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

3.5.6.1 с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

3.5.6.2. с любыми видами фобий;

3.5.6.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

3.5.6.4. с расстройствами сексуального характера;

3.5.7. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:

3.5.7.1. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);

3.5.7.2. туберкулез;

3.5.7.3. заболевания, передающиеся половым путем;

3.5.7.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.

3.6. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п.п. 3.3. - 3.5 настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить/исключить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными положениями.

#### **4. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии.**

4.1 Страховая сумма или порядок ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования. В Договоре страхования, заключенном в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховая сумма может устанавливаться отдельно в отношении каждого Застрахованного лица, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.2. Страховая сумма может устанавливаться по каждому страховому риску, а также совокупно (единой) по всем/отдельным страховому(-ым) риску(-ам).

4.3 Страховщик при определении размера страховой премии<sup>2</sup>, подлежащей уплате по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом в зависимости от условий страхования и факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, возраст, возможность отнесения лица к определенной(ым) категории(ям)), иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.4. Страховая премия оплачивается в порядке, в размере и сроки, установленные Договором страхования.

4.5. Если иное не установлено Договором страхования, датой оплаты страховой премии/страхового взноса Страхователем является:

4.5.1. при безналичных формах расчетов:

- обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (дата оплаты страховой премии (страхового взноса)), если Страхователь – физическое лицо, не зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя;
- дата зачисления денежных средств на корреспондентский счет кредитной организации, обслуживающей Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель;
- дата зачисления денежных средств на счет Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживает одна и та же кредитная организация.

4.5.2 при наличных формах расчетов – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

4.6. В случае, если Договором страхования предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку, и оплата очередного страхового взноса не произведена в срок, установленный Договором страхования, или произведена в меньшем размере, чем установлен Договором страхования, Страховщик имеет право отказаться от исполнения Договора страхования в одностороннем порядке (т.е. заключение отдельного соглашения Сторон не требуется), направив соответствующее письменное уведомление Страхователю с указанием даты, с которой Договор страхования будет считаться расторгнутым (прекращенным). Страховщик имеет право в таком уведомлении предусмотреть, что договор будет считаться расторгнутым (прекращенным) с даты, указанной в уведомлении, если до этой даты не будет внесен очередной страховой взнос, внесение которого было просрочено или произведено не в полном объеме.

4.7. При оплате страховой премии в рассрочку:

- Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений;

---

<sup>2</sup> Если иное не предусмотрено договором страхования, при расчете страховой премии неполный месяц страхования принимается за полный.



- Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона или на адрес электронной почты согласно документам, указанным в п. 5.8. настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

4.8. При страховании от несчастных случаев и/или болезней: Страховщик при наступлении страхового случая в период действия Договора страхования при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(ых) страхового(ых) взноса(ов).

## **5. Порядок заключения, изменения и исполнения договора страхования**

5.1. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

5.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования, составленный на бумажном носителе, скрепляется собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи Страхователя/уполномоченного лица Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение; при этом договор страхования составляется в двух экземплярах. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписывается в соответствии с требованиями действующего законодательства;

5.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика;

5.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков Страховщику должны быть представлены следующие документы и сведения:

5.2.1. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Выгодоприобретателя / Застрахованного лица, а также их представителей (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.); документы, удостоверяющие личность, для физических лиц; документы о государственной регистрации; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом, Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) и учредительные документы для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения ((при этом, Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) и др.).

5.2.2. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.

5.2.3. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

- 5.2.4. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).
- 5.2.5. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя).
- 5.2.6. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).
- 5.2.7. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).
- 5.2.8. Следующие сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы: возраст, пол, вес, рост, артериальное давление; сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях/ повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин)); сведения о наличии/ отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информация в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы); сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий / занятости / работе (в т.ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости на основании гражданско-правового договора, и др.)/ ведении предпринимательской деятельности (в т.ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль); сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.); сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств)); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.); сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.); сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях об их заключении, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат); сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся(вшихся) у родственников Застрахованного лица; сведения об иждивенцах.
- 5.2.9. Сведения, относящиеся к кредитному договору; договору, на основании которого выдана кредитная(ые) карта(ы) (в т.ч. факт его(их) заключения, номер и дата, размер кредита/лимита кредита) (если применимо).
- 5.2.10. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.
- 5.2.11. Сведения и/или документы, необходимые для исполнения Договора страхования (например, мобильный или другой контактный номер телефона, адрес электронной почты).
- 5.2.12. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);
- 5.2.13. Сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).

5.3. Форма представления, указанных выше в п. 5.2. настоящих Правил, документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 5.2. настоящих Правил перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом Страховщик при заключении конкретного Договора страхования или отдельных групп единообразных Договоров страхования вправе сократить перечень документов и(или) сведений или принять взамен иные документы и(или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом.

5.4. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

5.5. 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, предоставленной 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.

5.6. 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 будет считаться незаключенным и страховые выплаты не будут производиться.

5.7. Договор страхования исполняется Сторонами в соответствии с его условиями (в т.ч. в соответствии с документами, являющимися его неотъемлемыми частями) и действующим законодательством Российской Федерации.

5.8. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:

5.8.1. о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе);

5.8.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 5.5 настоящих Правил страхования (при наличии);

5.8.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных не уведомлением/ несвоевременным уведомлением. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т.ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т. ч. предусмотренные пп. 9.1.1 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

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

5.10. Подписание дополнительных соглашений и/или изменений к Договору страхования, соглашения о расторжении Договора страхования, а также иных документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования, Страховщиком с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием соглашений/изменений/иных документов со стороны Страховщика.

5.11. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для 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, с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

## **6. Срок действия договора страхования**

6.1. Срок действия Договора страхования и (или) порядок его определения устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования. Срок действия Договора страхования устанавливается посредством указания даты вступления Договора страхования в силу и даты окончания действия Договора страхования или посредством указания периода времени.

6.2. Срок действия договора страхования может не совпадать со Сроком страхования по одному или нескольким страховым рискам, предусмотренным Договором страхования.

## **7. Порядок прекращения Договора страхования**

7.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования/соглашением Сторон, Договор страхования прекращается до истечения срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

- 7.1.1. выполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами и/или Договором страхования);
- 7.1.2. отказ Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу. При этом Договор страхования считается не вступившим в силу, и страховые выплаты по нему не производятся;
- 7.1.3. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.1 или в подп. 5.1.3. настоящих Правил, после его вступления в силу и до истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты заключения Договора страхования;
- 7.1.4. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.1 или в подп. 5.1.3. настоящих Правил, после его вступления в силу и после истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты заключения Договора страхования;
- 7.1.5. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.2 настоящих Правил, после его вступления в силу и до истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты получения Страхователем Страхового полиса и Правил страхования;
- 7.1.6. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.2 настоящих Правил, после его вступления в силу и после истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты получения Страхователем Страхового полиса и Правил страхования;

- 7.1.7. отказ Страховщика от Договора страхования, заключенного с физическим лицом, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем в случае, предусмотренном п. 4.6 Правил страхования;
  - 7.1.8. отказ Страховщика от Договора страхования, заключенного с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;
  - 7.1.9. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе в случае смерти Застрахованного, не являющейся страховым случаем;
  - 7.1.10. по соглашению сторон;
  - 7.1.11. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 7.2. Если в Договоре страхования не указан срок, предусмотренный в подпунктах 7.1.3 – 7.1.6 настоящих Правил, таким сроком является срок, установленный законодательством Российской Федерации, обязывающий Страховщика вернуть Страхователю денежные средства/часть денежных средств при отказе Страхователя от Договора страхования в течение такого срока при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.
- 7.3. При отказе Страховщика от Договора страхования в случае, указанном в подпункте 7.1.7 Правил, Договор страхования прекращается (расторгается) в порядке и в соответствии с условиями, предусмотренными в п. 4.6. Правил. При отказе Страховщика от Договора страхования в случае, указанном в п. 7.1.8 Правил, Договор страхования прекращается (считается расторгнутым) с момента, определенного в уведомлении Страховщика об отказе от Договора страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.
- 7.4. При отказе Страхователя от Договора страхования в случаях, указанных в подпунктах 7.1.3 – 7.1.6 настоящих Правил, Договор страхования прекращается (считается расторгнутым) со дня, следующего за днем получения Страховщиком соответствующего заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.
- 7.5. При прекращении Договора страхования, заключенного со Страхователем, являющимся физическим лицом:
- 7.5.1. в случае, указанном в подп. 7.1.2. настоящих Правил страхования, - страховая премия/страховой взнос подлежит возврату Страхователю в полном объеме;
  - 7.5.2. в случаях, указанных в подп. 7.1.3 и 7.1.5. настоящих Правил страхования, и при отсутствии в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, - страховая премия/страховой взнос подлежит возврату Страхователю, при этом Страховщик при возврате страховой премии/страхового взноса вправе удержать часть страховой премии/страхового взноса пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования;
  - 7.5.3. в случаях, указанных в подп. 7.1.3 и 7.1.5. настоящих Правил страхования, и при наличии в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, а также при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в подпунктах 7.1.1, 7.1.4, 7.1.6, 7.1.7 настоящих Правил страхования, - возврат страховой премии (ее части) не производится, если Договором страхования или законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное;
  - 7.5.4. в случае, указанном в подп. 7.1.9 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования;
  - 7.5.5. в случае, указанном в подп. 7.1.10 настоящих Правил, возврат страховой премии (ее части), если стороны пришли к соглашению о возврате, регламентируется соответствующим соглашением Сторон;
  - 7.5.6. выплата Страховщиком денежных средств в связи с досрочным прекращением Договора страхования, когда она предусмотрена Договором страхования или законодательством Российской Федерации, производится в течение 30 (тридцати) календарных дней (за исключением случаев, предусмотренных п.п. 7.5.1, 7.5.2 настоящих Правил) с момента получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил. В случаях, предусмотренных п.п. 7.5.1, 7.5.2 настоящих Правил, Страховщик производит возврат уплаченных денежных средств (их части) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты

получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил страхования (если меньший срок для возврата не установлен действующим законодательством Российской Федерации).

7.6. При прекращении Договора страхования, заключенного со Страхователем, являющимся индивидуальным предпринимателем или юридическим лицом:

7.6.1. в случае, указанном в подп. 7.1.2. настоящих Правил страхования, - если иное не установлено Договором страхования, страховая премия/страховой взнос подлежит возврату Страхователю в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил страхования, если иной срок не установлен Договором страхования;

7.6.2. в случаях, указанных в п.п. 7.1.1, 7.1.3 - 7.1.8 настоящих Правил, возврат страховой премии (ее части) не производится, если Договором страхования или законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное;

7.6.3. в случае, указанном в подп. 7.1.9 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования;

7.6.4. в случае, указанном в подп. 7.1.10 настоящих Правил, возврат страховой премии (ее части), если стороны пришли к соглашению о возврате, регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.7. Если иное не установлено Договором страхования, в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

7.7.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме, содержащее все необходимые сведения и реквизиты;

7.7.2. для физических лиц и индивидуальных предпринимателей - документ, удостоверяющий личность Страхователя (или его представителя);

7.7.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей и для юридических лиц);

7.7.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.10. настоящих Правил, Страховщику должны быть представлены оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных законодательством обстоятельств.

7.8. Обязательства Сторон, возникшие и не исполненные/не прекратившиеся до расторжения (прекращения) Договора страхования, продолжают действовать до их исполнения или прекращения по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

7.9. Страховщик производит возврат поступивших излишне (ошибочно) денежных средств лицу, совершившему платеж, на основании его письменного заявления, содержащего всю необходимую и достаточную информацию. При этом Страховщик вправе потребовать представления платежных документов по оплате подлежащей возврату суммы и не осуществлять возврат денежных средств без удовлетворения такого требования. Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления в адрес Страховщика всех необходимых документов (сведений), если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

## **8. Размер и сроки страховой выплаты. Порядок принятия решения об осуществлении страховой выплаты**

8.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования.

8.2. Страховые выплаты осуществляются в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в Договоре страхования.

8.3. Страховые выплаты при наступлении страховых случаев по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 - 3.1.6. настоящих Правил страхования, определяется в следующем порядке:

8.3.1. Если в договоре страхования установлена единая страховая сумма по всем страховым рискам или комбинации страховых рисков, то все страховые выплаты рассчитываются

исходя из такой страховой суммы, при этом общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям не может превышать единой страховой суммы.

Для страховых рисков, по которым в договоре страхования установлены отдельные страховые суммы, страховая выплата рассчитывается исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, при этом размер страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим по одному страховому риску, ограничен размером страховой суммы, установленной по такому страховому риску, и не может ее превышать.

- 8.3.2. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Смерть от несчастного случая или заболевания», «Смерть от несчастного случая», «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»** устанавливается равным 100% (ста процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, если иной процент или порядок определения размера выплаты не установлены Договором страхования.
- 8.3.3. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Инвалидность 2 группы в результате заболевания»** устанавливается равным 50% (пятидесяти процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, если иной процент или порядок определения размера выплаты не установлены Договором страхования.
- 8.3.4. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** устанавливается в Договоре страхования за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Страховая выплата осуществляется только за дни, входящие в Оплачиваемый период нетрудоспособности. При этом Договором страхования может быть установлено максимальное количество календарных дней нетрудоспособности (временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица), за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, за весь период страхования и/или за иной период времени и/или по одному страховому случаю.
- 8.3.5. При заявлении нескольких событий, имеющих признаки страхового случая, обязательства Страховщика по страховой выплате возникают, и выплата (если она полагается) производится по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения документов поступил раньше.

8.4. По страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»** страховая выплата определяется и осуществляется в следующем порядке:

- 8.4.1. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программы ДМС).
- 8.4.2. Организация оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и/или медицинских организаций. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программы ДМС, непосредственно сервисным компаниям/медицинским организациям, организующим/оказывающим такие услуги.  
Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и/или медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.
- 8.4.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой ДМС, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании/медицинской организации, привлеченной(ых) Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качество таких услуг.

8.4.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг/стоимостью медицинских и иных услуг (в зависимости от того, что применимо), оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования и Программы ДМС, и не может превышать лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), устанавливаемых Договором страхования и/или Программой ДМС.

8.5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.6. настоящих Правил страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого события.

8.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.6. настоящих Правил страхования, Страховщику должны быть представлены:

8.6.1. заявление по установленной Страховщиком форме, подписанное Выгодоприобретателем (его представителем); в случае нескольких Выгодоприобретателей – заявление должно быть предоставлено от каждого из Выгодоприобретателей; опросный лист (если предусмотрен Договором страхования);

8.6.2. документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя страховой выплаты (если отличается от заявителя), а также надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (при обращении представителя);

8.6.3. документ, подтверждающий размер задолженности Застрахованного лица по кредитному(ым) договору(ам); договору(ам), на основании которого выдана кредитная(ые) карта(ы) (если применимо);

8.6.4. по страховым рискам **«Смерть от несчастного случая или заболевания»**, **«Смерть от несчастного случая»**, дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.6.4.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица или решение суда о признании Застрахованного лица умершим;

8.6.4.2. официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа), посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа с приложением результатов судебно-химического исследования (или выписки из них);

8.6.4.3. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной события явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

8.6.4.4. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);

8.6.4.5. документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акты, материалы и результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;

8.6.4.6. свидетельство о праве на наследство (для наследников):

8.6.4.7. медицинская карта амбулаторного или стационарного больного, или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях.



- 8.6.5. по страховому риску **«Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»** дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):
- 8.6.5.1. официальный документ, выданный федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;
  - 8.6.5.2. справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);
  - 8.6.5.3. справка из ПФР о назначении пенсии по инвалидности (копия всех заполненных страниц) (в случае наличия пенсии по инвалидности);
  - 8.6.5.4. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу, обратный талон, заключение врачебной комиссии, протокол проведения медико-социальной экспертизы;
  - 8.6.5.5. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной установления инвалидности явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;
  - 8.6.5.6. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);
  - 8.6.5.7. документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акты, результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;
  - 8.6.5.8. медицинская карта амбулаторного или стационарного больного, или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях.
- 8.6.6. по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):
- 8.6.6.1. закрытый(ые) листок(ки) нетрудоспособности или в качестве альтернативного документа (если листок нетрудоспособности для такого Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством не оформляется) предоставляется справка или иной документ из медицинской организации, в котором должны быть указаны сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение. Данный документ может представляться за весь период нетрудоспособности (период временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц;
  - 8.6.6.2. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях;

- 8.6.6.3. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- 8.6.6.4. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре;
- 8.6.6.5. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);
- 8.6.6.6. документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.7. По страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»** в целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой ДМС, Застрахованному лицу необходимо:

обратиться за получением услуг в порядке, предусмотренном Договором страхования и/или Программой ДМС, к Страховщику, в медицинскую организацию или в сервисную компанию (в случае ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования) (в зависимости от того, что предусмотрено Договором страхования и/или Программой ДМС), и предоставить сведения и/или документы, предусмотренные Договором страхования и/или Программой ДМС (если предусмотрены).

8.8. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 8.6. настоящих Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, представлению подлежит нотариально удостоверенный перевод документа.

8.7. Указанный в п. 8.6. настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и сократить указанный в п. 8.6. настоящих Правил перечень документов, а также принять иные документы (в т.ч. в иной форме, по сравнению с той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.8. При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне, или если такие документы не содержат достаточную для принятия решения Страховщиком информацию, Страховщик вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов, содержащих достаточную для принятия решения Страховщиком информацию. Если документы/сведения подлежат запросу не у заявителя, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует заявителя об отсрочке принятия решения в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента направления запроса.

8.9. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

8.10. Страховщик принимает решение по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1. - 3.1.6. настоящих Правил страхования, о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

Решение о страховой выплате по страховому риску «**Временная нетрудоспособность**» Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.6.6.1 Правил, один раз за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз по мере поступления документов, но не чаще чем один раз в месяц (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.6.6.1 Правил, несколько раз).

Страховая выплата в денежной форме производится на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении о страховой выплате или иным способом по согласованию Сторон/по согласованию с Выгодоприобретателем.

Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

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

8.11.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее двух лет;

8.11.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

8.11.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

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

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

8.12.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования;

8.12.2. событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования;

8.12.3. сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные параметры, установленные договором страхования. При этом возможен частичный отказ в выплате пропорционально превышению лимита/параметров;

8.12.4. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования;

8.12.5. за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение;

8.12.6. договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий);

8.12.7. по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации).

## 9. Права и обязанности Сторон

9.1. **Страховщик обязан:**

9.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования, а также предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме и в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии). При этом, информация предоставляется в следующем

порядке: на основании письменного запроса Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса (если меньший срок не установлен законодательством Российской Федерации), используя способы взаимодействия, которые установлены договором страхования

9.1.2. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами страхования;

9.1.3. без письменного согласия Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

#### **9.2. Страховщик имеет право:**

9.2.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем), любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

9.2.2. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

9.2.3. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.8. настоящих Правил страхования;

9.2.4. отказать в страховой выплате при наличии оснований, установленных настоящими Правилами, уведомив об этом Выгодоприобретателя в срок, установленный в разделе 8 настоящих Правил;

9.2.5. осуществлять иные действия для исполнения Договора страхования.

#### **9.3. Страхователь обязан:**

9.3.1. уплатить страховую премию в размере, порядке и в сроки, определенные Договором страхования;

9.3.2. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику полные и достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска;

9.3.3. не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений уведомлять в письменном виде Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

9.3.4. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;

9.3.5. ознакомить Застрахованное лицо с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования;

9.3.6. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами сроки;

#### **9.4. Страхователь имеет право:**

9.4.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их;

9.4.2. обратиться с требованием за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации и и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии);

9.4.3. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);

9.4.4. отказаться от Договора страхования;

9.4.5. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

9.4.6. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.5. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования и (или) Договором страхования и (или) действующим законодательством Российской Федерации.

9.6. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования не могут быть переданы другому

лицу без письменного согласия на это Страховщика.

## **10. Порядок разрешения споров**

10.1. Все споры, возникающие между Сторонами в процессе исполнения Договора страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **11. Персональные данные**

11.1. 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).

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

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

11.2.1. для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования;

11.2.2. для целей перестрахования Страховщиком рисков, принятых по Договору страхования, и заключения, исполнения, изменения, прекращения соответствующего(их) договора(ов) перестрахования;

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

11.2.4. для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика;

11.2.5. для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

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

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.

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.

## **ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

### **«Дистанционная медицинская консультация»**

#### **Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «дистанционная медицинская консультация» (далее также – Программа), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных настоящей Программой и Договором страхования.

1.2. Страховым случаем по страховому риску «дистанционная медицинская консультация» является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных разделом 2 настоящей Программы, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. Врач-консультант - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, имеющий в установленном действующим законодательством порядке право на осуществление медицинской деятельности и практикующий на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (при условии, если такие стандарт(-ы) и порядок(-ки) оказания медицинской помощи предусмотрены законодательством).

#### **Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу**

2.1. Дистанционные медицинские консультации проводятся врачами-консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (также по тексту Программы – Медицинские(-ая) организации(-ия)).

Медицинская(-ие) организация(-ия) для оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, определяется(-ются) Страховщиком или сервисной компанией (если привлечена Страховщиком), и в течение действия Договора страхования может(могут) меняться.

2.2. Дистанционные медицинские консультации<sup>3</sup> включают в себя:

2.2.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом общей практики, находящимся в данный момент в системе онлайн в режиме: круглосуточно (24/7/365);

2.2.2. предоставление в личный кабинет письменного заключения с рекомендациями по результатам дистанционной медицинской консультации, проведенной Застрахованному лицу.

2.3. Во время проведения дистанционной медицинской консультации, врач-консультант информирует о специалистах, к которым следует обратиться Застрахованному лицу для постановки / подтверждения / уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

2.4. По настоящей Программе установлен лимит ответственности (лимит страхового обязательства): сумма страховых выплат совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение срока страхования не может превышать, установленную Договором страхования по соответствующему страховому риску, страховую сумму.

### **Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу**

3.1. Услуги, указанные выше в разделе 2, предоставляются дистанционно (осуществляются без очного приема Застрахованного лица врачом) с использованием технических средств связи в порядке, предусмотренном настоящей Программой, а также информационными материалами и (или) на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и (или) на сайте сервисной компании, если привлекается) и актуальным на момент обращения.

3.2. Страховщик обязан обеспечить возможность ознакомления Страхователя (Застрахованных лиц) с порядком, указанным выше в п. 3.1, любым доступным Страховщику способом (в т.ч. посредством устных консультаций, путем размещения информации на своем официальном сайте в сети «Интернет» или на сайте сервисной компании (если привлекается)).

3.3. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо обязано:

3.3.1. предоставить следующие сведения и (или) документы:

- договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);

- предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

---

<sup>3</sup> Дистанционные медицинские консультации не являются основанием для выдачи официальных медицинских документов (лист нетрудоспособности, направление на госпитализацию и пр.), по их итогам не устанавливают диагноз, не назначают и не корректируют ранее назначенное лечение.

- документы или сведения, позволяющие удостоверить личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

- надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);

- документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, в целях идентификации Застрахованного лица, идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий);

- документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по настоящей Программе. При этом, Страховщик (сервисная компания, медицинская организация) информирует Застрахованное лицо о том какую информацию / документы он должен представить.

3.2.1. зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по настоящей Программе, когда это предусмотрено порядком, указанным выше в п. 3.1. Программы.

3.3. После получения последнего из всех необходимых документов / сведений, в т.ч. запрошенных дополнительно, Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, в следующие сроки:

3.3.1. оказание услуги, предусмотренной п. 2.1. настоящей Программы, должно начаться в срок не позднее 15 минут с момента обращения Застрахованного лица. При этом длительность дистанционной медицинской консультации, предусмотренной п. 2.1. Программы, составляет не более 15 минут (если иная ее продолжительность не обусловлена характером обращения Застрахованного лица, решение о продолжительности в таком случае принимается врачом, оказывающим дистанционную медицинскую консультацию);

3.3.2. письменное заключение с рекомендациями по результатам дистанционной медицинской консультации направляется в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, не позднее 72 часов с момента оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.1. Программы.

#### **Раздел 4. Исключения из страхования**

Не признается страховым случаем (исключения из страхования) и в связи с этим не влечет за собой обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинские и иные услуги следующие обращения Застрахованного лица:

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. Обращение Застрахованного лица за оказанием дистанционных медицинских консультаций иных специалистов, кроме указанных в настоящей Программе.



4.3. Обращение за оказанием дистанционной медицинской консультации Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4.4. Обращение Застрахованного лица по вопросам:

4.4.1. не медицинского характера;

4.4.2. по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

4.4.3. для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

4.5. Обращение Застрахованного лица касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

4.5.1. с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

4.5.2. с любыми видами фобий;

4.5.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

4.5.4. с расстройствами сексуального характера.

4.6. Обращение Застрахованного лица в связи со следующими заболеваниями:

4.6.1. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.6.2. туберкулез;

4.6.3. заболевания, передающиеся половым путем;

4.6.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.

*Примечания:*

*При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, указанных в разделе 2 настоящей Программы, и (или) изменении / дополнении лимитов ответственности Страховщика, и (или) о неприменении данных лимитов, и (или) изменении порядка оказания услуг, указанного в разделе 3 настоящей Программы, и (или) об изменении перечня исключений, предусмотренного разделом 4 настоящей Программы (в т.ч. предусмотреть иные исключения и (или) сократить перечень исключений и (или) дополнить его иными положениями).*