

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Общества с ограниченной
ответственностью Страховая компания
«Сбербанк страхование жизни»
от 01 августа 2016 года № 115

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ № 0033.СЛ.05.00

Москва, 2016

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила страхования № 0033.СЛ.05.00 (далее – Правила, Правила страхования) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия, на которых Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее – Договор, Договор страхования или Договоры страхования).
- 1.2. 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 или на его оборотной стороне либо приложены к нему. Вручение Страхователю при заключении Договора Правил страхования удостоверяется записью в Договоре.
- 1.3. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил.
- 1.4. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное фирменное наименование – ООО СК «Сбербанк страхование жизни»). **Страхователь** – дееспособное физическое лицо (в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами (далее – Страхователь). Договор страхования может заключаться как в отношении самого Страхователя - физического лица, так и в отношении иных названных в Договоре страхования физических лиц (далее по тексту – Застрахованное (-ые) лицо (-а)). **Застрахованный (Застрахованное лицо)** – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. **Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования и настоящими Правилами страхования. **Страховые взносы** – периодические платежи страховой премии, уплачиваемые Страхователем.

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

Срок действия Договора страхования – срок, на который заключается Договор страхования.

Срок страхования - период времени, определяемый Договором страхования, в течение которого могут произойти страховые случаи. Страхование, обусловленное Договором страхования, не распространяется на страховые случаи, произошедшие в Период ожидания.

Годовщина по Договору страхования - под термином «годовщина по договору страхования» понимается дата любого календарного года после вступления договора страхования в силу, число и месяц которой совпадают с числом и месяцем даты начала действия договора страхования.

Период уплаты страховой премии - период, установленный Договором страхования для исполнения Страхователем обязанностей по уплате страховой премии (страховых взносов).

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Альтернативная медицина - системы, практики и продукты в области медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не считаются частью официальной (классической, конвенциональной, общепринятой) медицины или ее методов лечения и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. К альтернативной медицине относятся следующие методы, включая, но не

ограничиваясь: акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатическая, натуропатическая и остеопатическая медицина.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность.

Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Диагностика - 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, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

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

Пациент (Абонент) – застрахованное физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи.

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

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.

Фармацевтическая организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). К фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность.

Ассистанс-компания (Сервисная компания) – компания, которая по поручению Страховщика осуществляет сервисную поддержку по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Сопровождающее лицо – лицо, сопровождающее Застрахованного к месту проведения лечения / проведения хирургического вмешательства и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного за рубежом. Сопровождающим лицом может быть родственник, супруг (супруга), близкий друг. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные Договором страхования, в отношении только одного Сопровождающего лица, независимо от того, сколько лиц будут в

действительности сопровождать Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования или Программой страхования.

Заболевание/состояние – впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока страхования квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем и обусловленное функциональными и (или) морфологическими изменениями.

Ранее существовавшие заболевания/состояния – заболевания, которые были диагностированы, лечились, или которыми болел Застрахованный, а также о наличии которых и (или) необходимости лечения которых ему было известно до даты начала срока страхования.

Основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Фоновое (интеркуррентное) заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, но может оказать значительное влияние на течение и прогноз основного заболевания, в том числе вызвать осложнения.

Несчастный случай - фактически произошедшее в течение срока страхования внезапное, непредвиденное и внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, не зависящее от воли Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций.

Территория страхования – весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Период ожидания – период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, имеющие признаки страхового случая, произошедшие с Застрахованным лицом.

Программа добровольного медицинского страхования (Программа страхования) – перечень и условия организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» - юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании полученной в установленном порядке лицензии.
- 2.2. Страхователь – дееспособное физическое лицо (в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.
- 2.3. Застрахованный (Застрахованное лицо) – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования.
- 2.4. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, Застрахованными лицами не являются лица:
 - 2.4.1. возраст которых составляет более 65 (шестидесяти пяти) полных лет на дату начала срока страхования и более 70 (семидесяти) полных лет на дату окончания срока страхования;
 - 2.4.2. больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита;
 - 2.4.3. имеющие психические заболевания и (или) расстройства;
 - 2.4.4. состоящие на учете в наркологических и (или) психоневрологических диспансерах.
- 2.5. В отношении лиц, не соответствующих установленным возрастным и иным ограничениям, Страховщик вправе предложить заключение Договора страхования на особых условиях.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных

услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

- 3.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение действия срока страхования за получением медицинских и иных услуг из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, на территории Российской Федерации и за ее пределами, и получение Застрахованным этих услуг, необходимость организации и оказания которых вызвана расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица и подтверждена медицинскими документами.
- 3.3. Страховым риском признается риск возникновения расходов на организацию и оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, на территории Российской Федерации и за ее пределами, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица (с учетом ограничений и исключений, установленных п.п. 3.4-3.7 Правил).
1. Договоры страхования по настоящим Правилам могут быть заключены с ответственностью по следующим рискам:
 - 3.3.1. расходы, связанные с лечением онкологических заболеваний (также именуется «расходы, связанные с лечением онкологических заболеваний»):
 - a. хирургические методы лечения,
 - b. лучевая терапия,
 - c. химиотерапия,
 - d. иммунотерапия,
 - e. гормонотерапия;
 - 3.3.2. расходы, связанные с хирургическими вмешательствами;
 - 3.3.3. расходы, связанные с трансплантацией органов (также именуется «расходы, связанные с трансплантацией органов»):
 - a. трансплантация сердца,
 - b. трансплантация легкого,
 - c. трансплантация почки,
 - d. трансплантация поджелудочной железы,
 - e. трансплантация костного мозга,
 - f. трансплантация печени,
 - g. имплантация искусственного сердца;
 - 3.3.4. расходы, связанные с реабилитацией (реабилитационный период продолжительностью не более 90 дней после наступления одного из следующих событий) (также именуется «расходы, связанные с реабилитацией»):
 - a. заболевания и травмы головного мозга: геморрагический или ишемический инсульт, резекция внутримозговой опухоли, энцефалит, менингит, аноксическое повреждение головного мозга;
 - b. заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника: повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов, заболевание или травма позвоночника;
 - c. потребность в ортопедическом лечении: ампутация конечности, операция в связи с опухолью кости, операция в связи со сложным переломом;
 - 3.3.5. расходы, связанные с оказанием медицинской помощи, направленной на облегчение тяжести симптомов рака (также именуется «расходы, связанные с оказанием медицинской помощи, направленной на облегчение тяжести симптомов рака»):
 - a. паллиативная помощь,
 - b. заместительное хирургическое лечение;
 - 3.3.6. расходы, связанные с получением Экспертного медицинского мнения (альтернативное медицинское заключение) после первичного диагностирования заболевания в одной из следующих

областей медицины (также именуется «расходы, связанные с получением Экспертного медицинского мнения»):

- a. онкология,
- b. кардиология,
- c. неврология,
- d. нефрология,
- e. ортопедия;

3.3.7. расходы, связанные с проведением профилактических обследований (чек-ап);

3.3.8. расходы, связанные с оказанием медицинских услуг и проведением лечебно-профилактических мероприятий, направленных на охрану здоровья женщины во время беременности, родов и в послеродовом периоде (также именуется «расходы на родовспоможение»).

2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование Застрахованных лиц, указывается в Договоре страхования.

3.4. Не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

3.4.1. не предусмотренных Договором страхования;

3.4.2. в медицинские и иные организации, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

3.4.3. не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

3.4.4. до окончания Периода ожидания, предусмотренного Правилами и Договором страхования.

3.5. Не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату, обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья:

3.5.1. наступивших в результате воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.5.2. наступивших в результате военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, террористических актов;

3.5.3. наступивших в результате совершения Застрахованным лицом преступления;

3.5.4. наступивших в результате умышленных действий Застрахованного лица, в том числе умышленного причинения себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство;

3.5.5. наступивших в результате участия Застрахованного лица в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях;

3.5.6. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также в связи с заболеваниями Застрахованного лица, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами.

3.6. Не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату, обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

3.6.1. в связи с врожденными пороками развития, а также в связи с психическими заболеваниями и (или) расстройствами и их лечением, в связи с психологическими и (/или) психиатрическими методами лечения;

3.6.2. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменения;

3.6.3. в связи с беременностью, осложнениями беременности, прерыванием беременности, родовспоможением, кесаревым сечением, оплодотворением и (или) лечением бесплодия, добровольной стерилизацией, тесты на беременность и (или) осмотр плода, кроме случаев, предусмотренных в п. 3.3.8 Правил;

3.6.4. услуг по реабилитации, кроме случаев, предусмотренных в п. 3.3.4 Правил;

- 3.6.5. выполняемых в эстетических и (или) косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся, ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы;
- 3.6.6. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате занятия спортом на профессиональном уровне и (или) при условии членства в признанных спортивных клубах или организациях;
- 3.6.7. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья (заболевания), наступившими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья, в том числе на любительском уровне: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (например, маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 (двадцати пяти) метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;
- 3.6.8. в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования;
- 3.6.9. в связи с консультацией, диагностикой, лечением импотенции, нарушением сексуальной функции;
- 3.6.10. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья (заболевания), наступившего в результате службы Застрахованного лица вооруженных силах, органах правопорядка, службах по чрезвычайным ситуациям, включая, но не ограничиваясь, службу в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах;
- 3.6.11. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья (заболевания), наступивших в результате работы Застрахованного лица с химическими веществами и газами, включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины, взрывчатыми веществами, ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
- 3.6.12. связанных с применением экспериментальных методов лечения, требующих одобрения Хельсинкской комиссии и (или) одобрения других профильных объединений / организаций, заменяющих Хельсинкскую комиссию;
- 3.6.13. колоноскопия, гастроскопия и гистероскопия, если они не являются частью покрываемого страхованием лечения;
- 3.6.14. экспертиза, лабораторные исследования, рентгенография, лучевая терапия, инъекции, закапывания капель, диагностические и радиологические исследования, такие как КТ и МРТ, если они не являются частью лечения, проводимого в соответствии с Программой страхования;
- 3.6.15. стоматологические услуги, в том числе услуги стоматолога-хирурга;
- 3.6.16. перелет и проживание, если иное не предусмотрено Программой страхования.
- 3.7. Не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанных:
- 3.7.1. с опухолями, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухолями, которые гистологически диагностированы как предраковые;
- 3.7.2. со злокачественной меланомой класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- 3.7.3. с заболеваниями кожи следующих типов:
- а. гиперкератоз и базально-клеточная карцинома,
 - б. плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- 3.7.4. с раковыми заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
- 3.7.5. с раком предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющийся до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона;

- 3.7.6. с хронической лимфоцитарной лейкемией (С.L.L.);
- 3.7.7. с хирургической операцией по трансплантации органов:
 - a. которая производится в отношении трансплантации иных органов, чем перечисленные в Программе страхования (трансплантация сердца, легкого, почки, поджелудочной железы, костного мозга, печени, имплантация искусственного сердца),
 - b. потребность в которой возникает вследствие алкогольной болезни печени,
 - c. которая является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга,
 - d. когда Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу,
 - e. которая включает в себя лечение стволовыми клетками;
- 3.7.8. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.
- 3.8. Договором страхования может быть установлен перечень исключений, отличающийся от указанных в пунктах 3.4-3.7 настоящих Правил.

4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. По Договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик принимает на себя риск возникновения расходов на организацию и оказание медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица из числа указанных в Программе страхования (Приложение № 1 к Правилам), предусмотренной Договором страхования.
- 4.2. Программой страхования может быть предусмотрена необходимость осуществления следующих видов расходов, обусловленных организацией и оказанием медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица:
 - 4.2.1. медицинская транспортировка Застрахованного лица к поставщику медицинских услуг в стране назначения, при наличии медицинских показаний, включая экстренную медицинскую транспортировку санитарной авиацией;
 - 4.2.2. медицинские услуги и лечение в стационаре:
 - a. консультации лечащего врача;
 - b. лабораторные и инструментальные исследования;
 - c. хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химиотерапия и лучевая терапия;
 - d. имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения в связи с онкологическим заболеванием, включая стоимость имплантатов на сумму эквивалента не более 15 000 (Пятнадцать тысяч) долларов США в год в связи с одним страховым случаем;
 - e. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - f. пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытии на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
 - g. лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по предписанию лечащего врача;
 - h. размещение в палате, но не более 30 (тридцати) календарных дней непрерывного пребывания по одному заболеванию, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восемь) дней, стоимостью не более суммы, эквивалентной 10 000 (Десять тысяч) долларов США в год в связи с одним страховым случаем;
 - 4.2.3. экспертиза временной нетрудоспособности;
 - 4.2.4. предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке;
 - 4.2.5. сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному лицу в стране назначения, стоимостью не более суммы, эквивалентной 10 000 (Десять тысяч) долларов США в год на одного Застрахованного, в том числе:
 - a. сопровождение Застрахованного в стране назначения в течение периода лечения,

- b. помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, если иное не предусмотрено Договором страхования,
 - c. помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего, если иное не предусмотрено Договором страхования,
 - d. организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (если иное не предусмотрено Договором страхования) от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт,
 - e. услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения;
- 4.2.6. репатриация останков в страну проживания Застрахованного лица;
- 4.2.7. стоимость авиабилетов в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания бизнес-классом для Застрахованного лица, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 4.2.8. стоимость размещения в гостинице 4**** (четыре «звезды») для Застрахованного лица, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения, если иное не предусмотрено Договором страхования;
- 4.2.9. визовый сбор для Застрахованного лица и одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 4.2.10. Дополнительно в отношении услуги «Реабилитация»:
- a. проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению реабилитолога,
 - b. дополнительные медицинские проверки, назначенные по усмотрению реабилитолога, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ,
 - c. лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации или для предотвращения воздействия фоновых заболеваний на результаты реабилитационных мероприятий, как, например, наркотикосодержащие лекарственные препараты или лечение антикоагулянтами при гипертонии,
 - d. итоговый отчет по результатам реабилитационной программы и, при необходимости, также последующее наблюдение.
- 4.3. По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, может ограничиваться или расширяться.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

- 5.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования.
- 5.2. Страховая сумма может устанавливаться как в российский рубль, так и в иностранной валюте.
- 5.3. Страховая сумма является постоянной в течение срока действия Договора страхования.
- 5.4. Страховая сумма устанавливается в отношении каждого Застрахованного лица отдельно.
- 5.5. Страховая сумма устанавливается единой (совокупно) по всем страховым рискам, установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ

- 6.1. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.
- 6.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

- 6.3. Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.
- 6.4. Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности возраст, наличие заболеваний и др.), и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.
- 6.5. Если Договор страхования заключается в отношении нескольких Застрахованных лиц одновременно, страховой тариф исчисляется от страховой суммы на каждое Застрахованное лицо.
- 6.6. Страховая премия оплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования.
- 6.7. При уплате страховой премии в рассрочку возможно увеличение размера очередного страхового взноса, уплачиваемого Страхователем, в связи с увеличением стоимости перестраховочной защиты, стоимости медицинских и иных услуг, а также иных обстоятельств, не зависящих от Страховщика. В случае несогласия Страхователя с увеличением размера страховой премии Договор может быть расторгнут.
- 6.8. Если Договор страхования заключается в отношении нескольких Застрахованных лиц одновременно, страховая премия (страховой взнос) за всех Застрахованных лиц определяется путем суммирования страховых премий (страховых взносов) за каждое Застрахованное лицо (общая страховая премия (страховой взнос) по Договору страхования).
- 6.9. Если стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера, и (или) сроков оплаты страховой премии, при неоплате страховой премии или первого страхового взноса в полном объеме и до истечения срока, указанного в Договоре страхования, Договор страхования не считается вступившим в силу, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного заявления (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в срок, установленный соглашением Сторон, а при его отсутствии – в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного заявления Страхователя. При этом если оплата производилась в рублях, возврат денежных средств производится в рублях, если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит сумма в рублях, оплаченная Страхователем в качестве страховой премии (страхового взноса).
- 6.10. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере и в сроки, предусмотренные Договором страхования, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме. При этом Договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) со дня, следующего за днем, установленным для уплаты страховых взносов Договором страхования, и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.
3. 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 Страхователя рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Договор страхования заключается сроком на 5 (пять) лет. Пролонгация Договора страхования на определенный срок осуществляется по соглашению Сторон путем заключения соответствующего Соглашения.
- 7.2. Договор страхования считается заключенным с момента его подписания.
- 7.3. Датой начала срока действия Договора страхования является дата его вступления в силу. Договор страхования вступает в силу и страхование начинает действовать на 15-й календарный день с момента заключения Договора страхования при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 7.4. Срок действия Договора страхования и срок страхования указываются в Договоре страхования.

- 7.5. Срок страхования определяется датой начала и датой окончания срока страхования.
- 7.6. Договор страхования может заключаться в отношении сразу нескольких Застрахованных лиц.
- 7.7. Срок страхования устанавливается в отношении каждого Застрахованного лица отдельно и указывается в Договоре страхования, при этом Стороны могут предусмотреть отличные даты начала срока страхования в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а).
- 7.8. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования.
- 7.9. В Договоре страхования может быть установлен период ожидания как по Договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам.
- 7.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, период ожидания составляет:
 - 7.10.1. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.1 Правил страхования: по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 60 (шестьдесят) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица;
 - 7.10.2. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.2 Правил страхования: по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям – 180 (сто восемьдесят) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица, для хирургических вмешательств, проведенных в связи с заболеваниями; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица, для хирургических вмешательств, проведенных в связи с заболеваниями; для хирургических вмешательств, проведенных в связи с последствиями несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период действия срока страхования, период ожидания не устанавливается;
 - 7.10.3. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.3 Правил страхования: по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям – 18 (восемнадцать) месяцев с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; для трансплантации органов в связи с последствиями несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период действия срока страхования, период ожидания не устанавливается;
 - 7.10.4. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.4 Правил страхования: по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 90 (девяносто) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица;
 - 7.10.5. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.5 Правил страхования: по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 90 (девяносто) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица;
 - 7.10.6. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.6 Правил страхования период ожидания не устанавливается;
 - 7.10.7. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.7 Правил страхования: 4 (четыре) года с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица;
 - 7.10.8. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.3.8 Правил страхования: 180 (сто восемьдесят) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица.
- 7.11. Дата окончания срока страхования по всем страховым рискам совпадает с последним днем срока действия Договора страхования в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а).

Если на дату окончания срока страхования Застрахованный находится на лечении согласно плану лечения, согласованному со Страховщиком, или если до даты окончания срока страхования

Страховщик подтвердил признание случая страховым, но на дату окончания срока страхования Застрахованный не начал получать лечение в рамках Программы страхования, или если заявление о событии, обладающего признаками страхового случая, получено Страховщиком до окончания срока страхования и Страховщик подтвердил признание этого события страховым случаем после окончания срока страхования, то Страховщик принимает на себя риск затрат на организацию и оказание медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, до получения официального заключения лечащего врача о завершении лечения Застрахованного лица.

- 7.12. Для заключения Договора страхования Страховщик вправе предложить Страхователю оформить заявление по установленной Страховщиком форме.
- 7.13. При заключении Договора страхования Страховщик вправе предложить лицу, принимаемому на страхование, заполнить Медицинскую анкету Застрахованного лица (далее по тексту – Медицинская анкета) по установленной Страховщиком форме, предоставить медицинскую документацию и (или) потребовать прохождения медицинского осмотра / обследования лица, принимаемого на страхование, для оценки фактического состояния его здоровья. Обследование осуществляется за счет Страховщика и в медицинской организации по выбору Страховщика.
- 7.14. При отказе Страхователя или лица, принимаемого на страхование, от заполнения медицинской анкеты или от прохождения медицинского осмотра / обследования Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.
- 7.15. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (п. 2 ст. 434 Гражданского кодекса Российской Федерации), подписанного Страховщиком и Страхователем.
- 7.16. Страховщик и Страхователь заключают Договор добровольного медицинского страхования по установленной Страховщиком форме. При взаимном согласии Сторон форма Договора страхования может быть изменена.
- 7.17. В случае утраты Договора страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат Договора страхования на основании его письменного заявления. С этого момента утраченный документ признается недействительным.
- 7.18. Перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков:
 - 7.18.1. сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя/ Застрахованное лицо (персональные данные (например, фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес места жительства (регистрации), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, наименование выдавшего органа), гражданство и др.);
 - 7.18.2. следующие сведения о Застрахованном лице и (или) содержащие их документы: возраст; пол, вес, рост, артериальное давление; сведения о дееспособности, сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. в связи с заболеваниями, указанными в п. 2.4 настоящих Правил, о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин));
 - 7.18.3. сведения о наличии/отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
 - 7.18.4. сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.);
 - 7.18.5. сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);

- 7.18.6. сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
 - 7.18.7. 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.);
 - 7.18.8. сведения о наличии / отсутствии определенных заболеваний, имеющих (имевшихся) у родственников Застрахованного лица;
 - 7.18.9. сведения и (или) документы, необходимые для исполнения Договора страхования (например, мобильный или другой контактный номер телефона, адрес электронной почты);
 - 7.18.10. сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные;
 - 7.18.11. 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).
- 7.19. Форма предоставления указанных в п. 7.18 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 7.18 настоящих Правил перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и(или) сведений или принять взамен иные документы и (или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем.
- 7.20. Внесение изменений в Договор страхования осуществляется путем подписания Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения, если иное не установлено соглашением Сторон.
- 7.21. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, в следующих случаях:
- 7.21.1. если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 7.21.2. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования до вступления Договора страхования в силу;
 - 7.21.3. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования после вступления Договора страхования в силу;
 - 7.21.4. по соглашению Сторон, при этом Договор страхования прекращается с даты, указанной в Соглашении;
 - 7.21.5. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено Правилами);
 - 7.21.6. смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;
 - 7.21.7. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
 - 7.21.8. При отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу (подп. 7.21.2), страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страхователю в полном объеме в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения Страховщиком документов согласно п. 7.20 настоящих Правил страхования.
- В случаях, указанных в подп. 7.21.3, 7.21.4 настоящих Правил страховая премия (ее часть) по заключенному Договору страхования не подлежит возврату, если соглашением Сторон не предусмотрено иное.
- Если соглашением Сторон предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении Договора страхования, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования и с учетом расходов Страховщика, согласно действующей структуре тарифной ставки. Не подлежит возврату остаток страховой

премии в случае, если по Договору страхования Страховщик произвел страховую выплату или заявлен страховой случай.

- 7.22. При взаимных расчетах Сторон в случае досрочного прекращения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:
- 7.22.1. письменное заявление об отказе от Договора страхования (о расторжении) и (или) возврате страховой премии (в случаях, предусмотренных подп. 7.21.2, 7.21.3 Правил);
 - 7.22.2. документ, удостоверяющий личность Страхователя (или его представителя);
 - 7.22.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей);
 - 7.22.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.21.1. настоящих Правил, взаиморасчеты Сторон производятся при предоставлении Страховщику оригиналов или надлежащим образом заверенных копий документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.
- 7.23. Страховщик производит возврат поступивших излишне (ошибочно) денежных средств (например, в случаях, когда Договор страхования считается незаключенным вследствие несогласованности Сторонами существенных условий) лицу, совершившему платеж, на основании его письменного заявления, содержащего всю необходимую и достаточную информацию. Возврат денежных средств производится в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента поступления в адрес Страховщика всех необходимых документов (сведений).

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

- 8.1. В период действия Договора страхования Страхователь/Застрахованный обязан незамедлительно письменно уведомлять Страховщика о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Обо всех значительных изменениях Страхователь/Застрахованный обязаны не позднее 24 часов с момента, когда ему стало известно об этом, уведомить Страховщика любым доступным способом, и не позднее 3 (трех) дней сообщить Страховщику в письменной форме с приложением документов, подтверждающих эти изменения.
- 8.2. Страховщик, уведомленный Страхователем/Застрахованным об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (хронические заболевания, инвалидность, другие обстоятельства, если они указаны в Программе страхования, анкете Страхователя/Застрахованного или медицинской документации), вправе потребовать изменения условий Договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными гл. 29 Гражданского Кодекса Российской Федерации.
- 8.4. При неисполнении Страхователем либо Застрахованным обязанности, указанной в п. 8.1, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (п. 5 ст. 453 Гражданского Кодекса Российской Федерации).

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

- 9.1. Страхователь имеет право:
- 9.1.1. требовать от Страховщика при наступлении страхового случая оплату расходов на организацию и оказание медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг Застрахованному лицу из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования;
 - 9.1.2. ставить в известность Страховщика о непредоставлении либо неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, Застрахованному лицу;
 - 9.1.3. получать разъяснения о Правилах, Программе страхования и условиях Договора страхования;
 - 9.1.4. отказаться от Договора страхования в любое время и уведомить об этом Страховщика;

- 9.1.5. расторгнуть Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках Договора страхования возврат части страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя п.7.21.3;
- 9.1.6. по согласованию со Страховщиком изменять в течение срока действия Договора страхования Программу страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительную страховую премию;
- 9.1.7. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты.
- 9.2. Страховщик имеет право:
 - 9.2.1. при заключении Договора страхования производить оценку страховых рисков;
 - 9.2.2. требовать прохождения медицинского осмотра / обследования лица, принимаемого на страхование, для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика;
 - 9.2.3. отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов, если Страхователем/Застрахованным лицом указаны неполные и неточные сведения из числа перечисленных в п. 7.18 Правил;
 - 9.2.4. проверять сообщенную Страхователем/Застрахованным информацию, а также выполнение Страхователем/Застрахованным требований и условий Договора страхования;
 - 9.2.5. требовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска);
 - 9.2.6. выставлять Страхователю счет на компенсацию расходов на медицинские и иные услуги, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования и т.п., а также в связи с использованием Договора страхования лицом, не являющимся Застрахованным по Договору страхования;
 - 9.2.7. по согласованию со Страхователем изменять в течение срока действия Договора страхования Программу страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования.
- 9.3. Застрахованный имеет право:
 - 9.3.1. требовать от Страховщика при наступлении страхового случая оплату расходов на организацию и оказание медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования;
 - 9.3.2. ставить в известность Страховщика о непредоставлении либо неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования;
 - 9.3.3. получать разъяснения о Правилах, Программе страхования и условиях Договора страхования;
 - 9.3.4. в случае смерти Страхователя принять на себя права и обязанности Страхователя, предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования.
- 9.4. Страхователь обязан:
 - 9.4.1. уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере и сроки, установленные Договором страхования;
 - 9.4.2. сообщить Страховщику полные и достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования и оценки страхового риска;
 - 9.4.3. довести до сведения Застрахованных лиц условия страхования;
 - 9.4.4. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования при условии выставления соответствующего счета Страховщиком;

- 9.4.5. уплатить Страховщику штраф в размере стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся Договором страхования, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком;
 - 9.4.6. получить письменное согласие Застрахованного (-ых) лиц (-а) на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного (-ых);
 - 9.4.7. своевременно сообщать Страховщику об изменении своих персональных данных.
- 9.5. Страховщик обязан:
- 9.5.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и Программой страхования и вручить их ему;
 - 9.5.2. при наступлении страхового случая произвести оплату расходов на организацию и оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, в порядке и сроки, установленные в разд. 11 Правил;
 - 9.5.3. отказаться произвести страховую выплату при наличии оснований, установленных настоящими Правилами;
 - 9.5.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем/Застрахованным в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть предоставлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;
 - 9.5.5. осуществлять контроль и оценку качества медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу, а также их объем и сроки организации.
- 9.6. Застрахованный обязан:
- 9.6.1. предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения и информацию, связанную с исполнением Договора страхования;
 - 9.6.2. при получении страховой документации удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, Программой страхования и порядком организации медицинской помощи;
 - 9.6.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
 - 9.6.4. своевременно сообщать Страховщику об изменении своих персональных данных;
 - 9.6.5. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;
 - 9.6.6. предоставлять письменное согласие на обработку Страховщиком персональных данных;
 - 9.6.7. находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

10. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 10.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь/Застрахованный или его представитель обязан обратиться к Страховщику по телефону, указанному в Договоре, и сообщить:
- a. фамилию и имя Застрахованного лица, его местонахождение и телефон для связи;
 - b. номер Договора страхования;
 - c. дату события, имеющего признаки страхового случая;
 - d. характер и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
 - e. вид требуемой помощи.
- 10.2. Для организации и предоставления медицинских и иных услуг по Программе страхования при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:
- a. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) со ссылкой на номер и дату Договора страхования, с подробным описанием хронологии и обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая, в отношении каждого Застрахованного лица отдельно;
 - b. документ, удостоверяющий личность Страхователя/Застрахованного, и, если применимо, документы, удостоверяющие личность и подтверждающие полномочия представителя;

- c. Договор страхования;
 - d. медицинские документы лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);
 - e. направление лечащего врача на плановое стационарное лечение;
 - f. заключение врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т. п.) с указанием диагноза;
 - g. медицинское заключение о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов;
 - h. результаты лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований (включая, при необходимости, гистологические стекла и диски радиологических исследований), дополнительных методов исследования, заверенные выдавшим медицинским учреждением;
 - i. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора страхования заболеваниях;
 - j. медицинский документ об отсутствии обращений за последние 5 (пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания);
 - k. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);
 - l. документы из органов и учреждений МВД, МЧС, прокуратуры или иных компетентных органов власти/учреждений/лиц (протоколы, постановления справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;
 - m. официальный документ, компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности (например, направление на медико-социальную экспертизу/ акт медико-социальной экспертизы, заключение врачебной комиссии);
 - n. медицинские и иные документы, предусмотренные Программой страхования.
- 10.3. Документы, перечисленные в п. 10.2, должны предоставляться в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, который/-ое/-ая выдал/-о/-а документ и (или) располагает его подлинником. При этом на Страхователя/Застрахованного возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, 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 требуются, предоставлению подлежит нотариально удостоверенный перевод документа.
- 10.4. 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 документов). Результаты указанной/-ого 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. 10.2 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по сравнению с той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.
- 10.5. Указанный в п. 10.2 настоящих Правил страхования перечень документов и сведений, необходимых для предоставления Страховщику при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, является исчерпывающим.
- 10.6. После получения документов, предусмотренных п. 10.2 Правил, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании события страховым случаем. Решение о признании произошедшего события страховым случаем

оформляется страховым актом, утверждаемым Страховщиком. Размер и порядок осуществления страховой выплаты указывается в страховом акте. Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика.

- 10.7. При непредоставлении Страхователем/Застрахованным документов из числа указанных в перечне п.10.2 Правил Страховщик вправе в течение 3 (трех) 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. Если документы / сведения подлежат запросу не у заявителя, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил страхования информирует заявителя об отсрочке принятия решения в течение 3 (трех) рабочих дней с момента направления запроса.
- 10.8. В соответствии с Правилами страхования сервисную поддержку по организации и предоставлению медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, осуществляет Ассистанс-компания (Сервисная компания) по поручению Страховщика.
- 10.9. При признании случая страховым Ассистанс-компания по поручению Страховщика осуществляет для Застрахованного лица организацию предоставления медицинских и иных услуг из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней¹. Страховщик, а также Ассистанс-компания или иной участник, осуществляющий сервисную поддержку Программы добровольного медицинского страхования, не несут ответственности, если Страхователю/Застрахованному/сопровождающему лицу будет отказано в получении необходимых въездных документов и (или) он будет задержан пограничными или иными службами.
- 10.10. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.
- 10.11. В случае принятия решения о признании случая нестраховым Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения последнего из всех необходимых документов направляет Страхователю/Застрахованному лицу уведомление с обоснованием отказа.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 11.1. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате, Страховщик обязан осуществить страховую выплату в размере и на условиях, установленных Договором страхования и Правилами страхования.
- 11.2. Осуществление страховой выплаты при наступлении страхового случая с одним Застрахованным лицом не означает прекращение обязательств Страховщика по Договору страхования в отношении других Застрахованных лиц.
- 11.3. Размер страховых(ой) выплат(ы) определяется стоимостью предоставленных медицинских и иных услуг Застрахованному лицу из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, и производится в размере:
 - a. по страховым рискам, указанным в подпунктах 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.6 Правил страхования, не более суммы, эквивалентной 1 000 000 (Один миллион) долларов США в отношении одного Застрахованного в год;
 - b. по страховому риску, указанному в подпункте 3.3.4 Правил страхования, не более суммы, эквивалентной 35 000 (Тридцать пять тысяч) долларов США в отношении одного Застрахованного в год;
 - c. по страховому риску, указанному в подпункте 3.3.5 Правил страхования, не более суммы, эквивалентной 8 000 (Восемь тысяч) долларов США в отношении одного Застрахованного в год;
 - d. по страховому риску, указанному в подпункте 3.3.7 Правил страхования, суммарное значение страховых выплат по всем страховым случаям не может превышать суммы, эквивалентной 6 000 (Шесть тысяч) долларов США в отношении одного Застрахованного;

¹ Срок может быть увеличен до 30 рабочих дней, в том числе с учетом изменения порядка выдачи виз.

- е. по страховому риску, указанному в подпункте 3.3.8 Правил страхования, размер страховой выплаты определяется в порядке установленном Договором страхования по соглашению сторон.
- 11.4. Максимальный размер страховых выплат совокупно по всем страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, установленной в отношении него Договором страхования.
- 11.5. Если стоимость оплаченных Страховщиком услуг равна страховой сумме, установленной в отношении Застрахованного лица, Страховщик считается выполнившим свои обязательства в полном объеме с момента последней страховой выплаты, и Договор страхования в отношении данного Застрахованного прекращается досрочно на следующий после такой выплаты день.
- 11.6. Страховщик производит страховую выплату путем оплаты счетов Ассистанс-компания, осуществляющей сервисную поддержку Программы добровольного медицинского страхования, в течение 30 календарных дней после получения счета за медицинские и иные услуги, предоставленные Застрахованному лицу из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, при наступлении страхового случая, в порядке и на условиях, предусмотренных договором между Страховщиком и Ассистанс-компанией.
- 11.7. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым рискам, которые предусмотрены Договором страхования.
- 11.8. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:
 - 11.8.1. если произошедшее событие не является страховым случаем в соответствии с исключениями из страхового покрытия, указанными в п.п. 3.4- 3.7 Правил;
 - 11.8.2. если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
 - 11.8.3. в случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 13.1. Стороны не несут ответственности за несвоевременное, ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору страхования в случае форс-мажора.
- 13.2. Все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь, должны производиться в письменной форме, способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения.
- 13.3. Извещения, уведомления, и иные отправления считаются произведенными надлежащим образом, если они были направлены по последнему известному отправляющей стороне адресу.
- 13.4. При подписании Договоров страхования, приложений, дополнений к Договору страхования и корреспонденции, Страховщик может использовать факсимильное воспроизведение подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договоры страхования и приложения к ним.
- 13.5. Факсимильное воспроизведение подписей, квалифицированные электронные подписи уполномоченных лиц Страховщика признаются Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика.
- 13.6. Договоры страхования, приложения, дополнения к Договору страхования и корреспонденция, содержащие факсимильное воспроизведение подписей, квалифицированные электронные подписи уполномоченных лиц Страховщика имеют силу договора между Страховщиком и Страхователем.

14. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 14.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе/Застрахованном лице, состоянии его здоровья, а также об имущественном положении этого лица (тайна страхования).
- 14.2. При обработке персональных данных Страхователя/Застрахованного лица (далее – персональные данные) Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.
- 14.3. Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:
 - 14.3.1. для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования;
 - 14.3.2. для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей;
 - 14.3.3. для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика;
 - 14.3.4. для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).
- 14.4. Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает свое ознакомление с заявленными целями обработки персональных данных.
- 14.5. Перечень действий с персональными данными и общее описание способов их обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; обработка персональных данных осуществляется как с использованием средств автоматизации (в том числе, помимо прочего, электронно-вычислительных машин, сетевых и прочих аппаратных и программных средств), так и без какого-либо использования средств автоматизации; персональные данные будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка).
- 14.6. Перечень обрабатываемых персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес и др.), платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в документах, которые были оформлены при заключении Договора страхования или переданы / будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, будут получены в ходе рассмотрения страхового события и (или) сообщены Страховщику устно.
- 14.7. 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
- 14.8. 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

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ВТОРОЕ ЭКСПЕРТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МНЕНИЕ»

По Договору страхования (далее - Договор), при наступлении страхового случая, Страховщик принимает на себя риск возникновения расходов на организацию и оказание услуг по получению Экспертного медицинского мнения (альтернативное медицинское заключение) в связи с наличием у Застрахованного лица расстройства здоровья (диагностированного заболевания), из числа указанных в пункте 2.1.2. Программы добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение» (далее – Программа, Программа страхования).

В целях реализации настоящей Программы Страховщик заключает договор с Сервисной службой (далее – Ассистанс-компания), которая организует предоставление квалифицированного медицинского заключения специалистов/медицинских учреждений, осуществляющих медицинскую практику в странах, составляющих территорию страхования.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Экспертное медицинское мнение – представляет собой медицинское заключение медицинского специалиста/медицинского учреждения в отношении диагностированного ранее у Застрахованного лица заболевания, предусмотренного в пункте 2.1.2. настоящей Программы.

1.2. Экспертное медицинское мнение (далее – Второе мнение или Экспертное заключение) – это повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинских документов/информации, предоставленной Застрахованным лицом.

1.3. Второе мнение, как правило, базируется на основании анализа медицинской информации, предоставленной Застрахованным лицом, включающей первичное заключение врача-специалиста о наличии заболевания, предусмотренного в пункте 2.1.2. настоящей Программой (далее – Первое мнение), и любых медицинских документов/информации, затребованных медицинским персоналом Ассистанс-компании или поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по их собственному усмотрению (например, результаты рентгеноскопии, биопсии, анализов крови и мочи, анализов функций печени, ЭКГ, радиологических или ультразвуковых обследований, катетеризации и т. п.).

1.4. В случае отсутствия Первого мнения услуга «Второе экспертное медицинское мнение» не оказывается.

1.5. Предоставление необходимых документов/необходимой информацией является обязанностью Застрахованного лица, которых несет риск неполучения/получение неполного/получение некорректного второго мнения в случае непредставления/неполного представления либо предоставления в искаженном виде затребованных медицинских документов/информации.

1.6. Второе мнение должно быть подписано врачом/медицинским учреждением, получившим от компетентных официальных органов страны, в которой они осуществляют медицинскую практику, разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющий необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести дополнительное заключение (далее – Эксперт).

1.7. Содержание Второго мнения определяется согласованным Экспертом самостоятельно. При этом в таком заключении обязательно должно быть выражено мнение относительно правильности диагноза, поставленного в первом мнении, или мотивированное мнение относительно его спорности, а также дополнительные рекомендации по лечению и/или профилактике (при необходимости) либо указание корректность рекомендаций, полученных Застрахованным лицом ранее.

1.8. Территория страхования: весь мир.

2. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВТОРОГО МНЕНИЯ

2.1. Условия получения Второго мнения

2.1.1. Получение Второго мнения допускается в случае первичного диагностирования заболевания из перечня, предусмотренного в пункте 2.1.2. настоящей Программы, в течение срока действия договора страхования в отношении Застрахованного лица, обратившегося за его получением.

2.1.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного лица в одной из следующих областей медицины:

- a) Онкология
- b) Кардиология
- c) Неврология
- d) Нефрология
- e) Ортопедия

2.1.3. Второе мнение выносится без обязательного физического обследования Застрахованного врачом-специалистом.

2.1.4. Конкретный эксперт - поставщик услуги «Экспертное медицинское мнение» согласовывается между Застрахованным лицом, обратившимся за получением Второго мнения, и Ассистанс-компанией, которая обязуется рассмотреть запрос и медицинские документы Застрахованного лица и рекомендовать услуги соответствующего врача-специалиста. При необходимости Ассистанс-компания упорядочивает и осуществляет перевод предоставленных документов/информации и готовит запрос на получение Второго мнения.

2.1.5. Застрахованными лицами в рамках настоящей Программы признаются клиенты ПАО Сбербанк, являющиеся владельцами пакета услуг «Сбербанк Премьер», в отношении которого заключен Договор страхования (включены в Заявления-Реестры), а также члены их семей (супруги (в том числе, гражданские), несовершеннолетние дети (до 18 лет), пасынки и падчерицы, официально усыновленные/удочеренные, а также совершеннолетние дети в период их обучения по очной (дневной) форме обучения по программам высшего профессионального образования впервые).

Утрата Застрахованным лицом права на пакет услуг «Сбербанк Премьер» является безусловным основанием для прекращения действия договора страхования в отношении данного лица и застрахованных членов его семьи.

2.1.6. Застрахованное лицо (включая членов его семьи застрахованных в соответствии с условиями настоящей Программы) имеют право на получение Второго мнения не более двух раз в течение срока действия договора страхования, установленного в отношении данного Застрахованного лица и членов его семьи.

2.1.7. Получение Второго мнения Застрахованным лицом в течение срока действия договора страхования не является ограничением для получения дополнительного мнения иного специалиста в данной области либо получения второго мнения по иному заболеванию (пункт 2.1.2. настоящей Программы), с учетом общего ограничения на Застрахованное лицо и застрахованных членов его семьи, указанного в пункте 2.1.6 настоящей Программы.

2.1.8. После получения двух заключений в течение срока действия договора страхования обязательства Страховщика в отношении соответствующего Застрахованного лица и застрахованных членов его семьи считаются исполненными в полном объеме. Указанные лица не вправе обращаться за дополнительным мнением в рамках действия данного договора страхования.

2.2. Порядок получения услуги

2.2.1. Застрахованное лицо, заинтересованное в получении услуги «Второе экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику по телефону 8 800 555-55-95, который дает необходимую первичную консультацию по вопросу получения второго мнения и организует его общение с Ассистанс-компанией, которая, в свою очередь, направляет запрос и медицинские документы Застрахованного лица согласованному Эксперту.

2.2.2. Ассистанс-компания сообщает Застрахованному лицу, какую именно медицинскую информацию или (документы) он должен представить для отправки запроса на получение Второго мнения.

2.2.3. При необходимости после получения обращения Застрахованного лица за получением Второго мнения медицинский персонал Ассистанс-компания напрямую контактирует с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации с целью формирования необходимого запроса, на основании которого должно быть подготовлено Второе мнение.

2.2.4. После получения Ассистанс-компанией всех необходимых документов/необходимой информации, в том числе всех медицинских документов, которые по мнению медицинского персонала

Ассистанс-компаниям требуется в рассматриваемом случае, запрос на получение второго мнения незамедлительно направляется согласованному Эксперту.

2.2.5. Ассистанс-компания делает все от нее зависящее чтобы обеспечить передачу Экспертного заключения Застрахованному лицу в течение 14 (четырнадцать) рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация.

2.2.5. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного заключения Застрахованному лицу может занять до 30 (тридцать) рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация.

2.3. Гарантии и ответственность

2.3.1. Обязательства Страховщика и Ассистанс-компания и/или любого лица, действующего от их имени и/или по их поручению перед Застрахованным лицом, заканчиваются с направлением Застрахованному лицу соответствующего Экспертного заключения.

2.3.2. Второе мнение составляется на основании медицинских документов и информации, предоставленных Застрахованным лицом, который несет ответственность за их корректность и актуальность.

2.3.3. Застрахованному лицу рекомендуется проконсультироваться с личным врачом-специалистом по поводу подготовки необходимых документов/информации - таким образом, чтобы она содержала все медицинские факты и все сведения, способные повлиять на экспертное заключение.

2.3.4. Страховщик обязуется контролировать деятельность Ассистанс-компания в течение всего срока действия Соглашения, приложением к которому является данная Программа страхования.

Второе экспертное медицинское мнение (second medical opinion) является консультацией и не заменяет необходимость посещения Застрахованным лицом врача-специалиста и выполнения, в случае назначения, необходимых/предписанных медицинских манипуляций. Риск невыполнения соответствующих назначений/рекомендаций, как до получения экспертного мнения, так и после его получения несет Застрахованное лицо.

3. ОГРАНИЧЕНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ

3.1. В соответствии с настоящей Программой страхования не могут быть застрахованы лица:

- которым до начала срока страхования были диагностированы заболевания, в отношении которых они хотят получить Второе мнение;
- больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита;
- имеющие психические заболевания и/или расстройства;
- состоящие на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах.

3.2.

Любые ограничения, предусмотренные Правилами страхования (Приложение №1 к Соглашению), применяются к оказанию услуг в рамках настоящей Программой страхования в той мере и в той части, в которых они не противоречат условиям данной программы, а также характеру оказываемой услуг (например, не применяются дополнительные ограничения в отношении лиц, которые могут быть застрахованы в рамках данной Программы страхования).

В частности, не применяется возрастное ограничение, установленное в пункте 2.4.1. Правил страхования.

3.3. Клиент ПАО Сбербанк, застрахованный ранее, теряет право на получение Второго мнения в рамках действия Соглашения, заключенного между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» в случае, если он перестает быть владельцем пакета услуг «Сбербанк Премьер».