

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 01.04.2024 № Пр/92-1

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ № 0104.СЛ.05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0104.СЛ.05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту «Договор (-ы) страхования»).

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. Приложениях к ним (если применимо(-ы) к Договору страхования)) и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования (в т.ч. Приложение (-я) к ним (если применимо(-ы) к Договору страхования)) приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования (в т.ч. соответствующих Приложений к ним) при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также совместно именуемые по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к ним) или о дополнении настоящих Правил страхования, включая Приложений к ним (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. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, а также вправе утверждать разработанные на основании настоящих Правил условия страхования (программы страхования), в т.ч. с присвоением им маркетинговых названий, для отдельного Договора страхования или группы Договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.4. В настоящих Правилах страхования используются следующие определения

1.4.1. **Агрегатная страховая сумма** – страховая сумма, размер которой установленный при заключении Договора страхования, уменьшается на размер суммы страховых выплат осуществленных Страховщиком по всем страховым случаям, по которому(-ым) установлена такая страховая сумма, в течение всего срока действия Договора страхования (если страховая сумма установлена на весь срок действия Договора) /в течение соответствующего полисного года (если страховая сумма установлена отдельно на каждый полисный год).

1.4.2. **Болезнь (заболевание)** – возникшее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

1.4.3. **Состояние** – совокупность параметров, процессов, характеристик, явлений (проявлений), симптомов (синдромов), диагнозов, возникающих в связи с воздействием патогенных и/или физиологических факторов, зафиксированных врачом-специалистом (консилиумом врачей (когда применимо)) на основании обращения(-ий), интерпретации результатов медицинского осмотра (освидетельствования), собранного анамнеза, проведенных(-ого) исследований (обследования) в (за) определенный момент (интервал) времени, отражающих наличие отклонения(-й) от нормы, болезни (патологии) организма, органа, ткани у Застрахованного лица и требующих проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства;

1.4.4. **Врач-специалист** – специалист с окончанным высшим медицинским образованием, получивший послевузовское образование в области специализации, практикующий в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющий соответствующую квалификацию в соответствующей области медицины.

1.4.5. **Дата страхового случая** -- дата обращения Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую и/или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и согласованных Страховщиком за организацией и/или оказанием медицинских

услуг, предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования;

1.4.6. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты в пределах страховой суммы, установленный Правилами страхования и(или) Договором страхования (в т.ч. в программе добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования). Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней и т.п.) в том числе по отдельным видам медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям.

1.4.7. **Под медицинскими услугами** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются – 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 применимой Программе ДМС;

1.4.8. Под «**медицинскими организациями**» в настоящих Правилах страхования (включая Приложения) понимаются юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие 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, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

1.4.9. Под «**иными организациями**» в настоящих Правилах страхования (включая Приложения) понимаются специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования (далее по тексту также – «**сервисные компании**» или «**асисстанс-компании**»).

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

1.4.11. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, прилагающийся к Договору страхования и предусматривающий объем (перечень (виды)) медицинских услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает при наступлении страхового случая, порядок организации (в т.ч. предварительного согласования (если применимо)) и оказания таких услуг, а также иные положения (в т.ч. условия, предусмотренные настоящими Правилами страхования и/или Договором страхования).

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

1.4.13. **Полисный год** – полный год действия Договора страхования. Отсчет лет ведется с даты вступления Договора страхования в силу.

1.4.14. **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. Если Договором страхования для разных страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц по одному и тому же страховому риску предусмотрены различные сроки страхования, то применительно к конкретному страховому риску и/или в отношении конкретного Застрахованного лица под сроком страхования понимается срок страхования, установленный Договором страхования для такого страхового риска и/или в отношении такого Застрахованного лица.

1.4.15. **Страховая сумма** - денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

- 1.4.17. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, в соответствии с условиями Договора страхования.
- 1.4.18. **Период уплаты страховых взносов** – установленный Договором страхования, предусматривающим уплату страховой премии в рассрочку, период времени, в течение которого подлежат уплате страховые взносы с периодичностью, в размере и сроки, предусмотренные таким Договором страхования.
- 1.4.19. **Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.
- 1.4.20. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.
- 1.4.21. **Территория оказания медицинских услуг** (также может именоваться «территория оказания услуг») – государство (-а), на территории которого (-ых) Страховщик в рамках медицинского страхования обязуется организовать оказание медицинских услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС, в т.ч. в соответствии с законодательством которого(-ых) оказывают медицинскую помощь привлеченные медицинские организации и/или врачи-специалисты.
- 1.5. Программой добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Правилам страхования, могут быть предусмотрены дополнительные определения, не указанные в настоящем разделе. Стороны вправе придать иное значение определениям, содержащимся выше в п. 1.4 настоящих Правил страхования, а также установить дополнительные определения, закрепив это в Договоре страхования (включая приложения к нему), если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.
- 1.6. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки.
- 1.7. Территория оказания услуг определяется Договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС) и может различаться в отношении разных Застрахованных лиц
- 1.8. Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) при заключении Договора страхования или при принятии решения об осуществлении страховой выплаты по такому Договору страхования (с учетом того, что применимо) в следующем порядке:
- 1.8.1. устанавливается лицо, чьи имущественные интересы следует проверить;
- 1.8.2. анализируются имеющиеся у Страховщика и, при необходимости, запрашиваются недостающие сведения и/или документы в объеме, достаточном для установления наличия/отсутствия имущественного интереса и не противоречащем законодательству Российской Федерации и настоящими Правилами страхования.
- 1.9. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке. По соглашению Сторон в Договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) Договором страхования. Денежные обязательства Сторон могут быть установлены в следующей иностранной валюте (в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в следующей иностранной валюте): доллары США или, по соглашению Сторон, иная иностранная валюта.

2. Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг) при наступлении страхового случая 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 и Договора страхования (включая приложения к ним) – «**медицинское страхование**»).

2.2. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее деятельность по страхованию на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.3. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.4. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования. Договор страхования, может быть, заключен в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц.

2.5. **Выгодоприобретатель** – Застрахованное лицо(-а), в пользу которого(-ых) заключен Договор страхования.

2.6. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае (или для определенной категории Застрахованных лиц) перед заключением Договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. По настоящим Правилам страхования страховым риском является риск обращения Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (если иной срок прямо не установлен в Договоре страхования) в медицинские или иные организации, из числа предусмотренных в Договоре страхования или согласованных со Страховщиком, за организацией и оказанием медицинских услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, при условии что организация и оказание таких медицинских услуг и профилактических мероприятий предусмотрены Программой ДМС на условиях, которой заключен Договор страхования (также именуется «оказание медицинских услуг»).

3.2. По настоящим Правилам страхования страховым случаем с учетом всех положений, определений, исключений из страхования, предусмотренных настоящими Правилами страхования и (или) Договором страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования (если иной срок прямо не установлен в Договоре страхования) в медицинские или иные организации, из числа предусмотренных в договоре страхования или согласованных со Страховщиком, за организацией и оказанием платных медицинских услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, при условии что организация и оказание таких медицинских услуг и профилактических мероприятий предусмотрены Программой ДМС на условиях, которой заключен договор страхования.

3.3. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) следующие события:

3.3.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в связи с травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, полученным в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.3.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в связи с травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находившегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

3.3.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, за

исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц (при наличии документального подтверждения);

3.3.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в связи с воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной или забастовками, стихийными бедствиями, террористическими актами;

3.3.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

3.3.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, не предусмотренных Договором страхования и применимой к Договору страхования Программой ДМС;

3.3.7. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;

3.3.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг по окончании срока действия Договора страхования.

3.6. События, определенные в п. 3.3 настоящих Правил (с учетом того, что применяется к Договору страхования), не являются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) и, в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату (в т.ч. путем организации оказания и оплаты медицинских услуг).

3.7. По соглашению между Страхователем и Страховщиком в Договоре страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п. 3.3 настоящих Правил страхования (в т.ч. с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации (при наличии)), и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить перечень исключений из страхового покрытия и (или) дополнить его иными исключениями из страхования.

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

4.1. Страховая сумма или способ (порядок) ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.

4.2. Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждой Программе ДМС и/или в виде единой суммы по определенным Программам ДМС, на условиях, которых заключается Договор страхования.

4.3. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховые суммы являются агрегатными.

4.4. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте.

При установлении страховой суммы в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, сумма в рублях устанавливается по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования, если Договором страхования не определен иной курс и (или) иная дата его установления.

4.5. 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 условий Программы ДМС. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон.

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

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок, зависящих от пола и возраста Застрахованного лица, объема предоставляемого покрытия, периодичности уплаты страховой премии. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, профессии / профессиональной деятельности / роде занятий, увлечениях и занятии спортом, образе жизни, состояния здоровья Застрахованного лица, перечня исключений из страхового покрытия, медицинского учреждения и территории оказания медицинских и/или иных услуг) и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.6. Страховая премия может оплачиваться единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и сроки, установленные Договором страхования.

4.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от размера годовой страховой премии (при этом неполный месяц страхования принимается как полный):

Срок действия договора страхования (в месяцах)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страховой премии (% от годовой страховой премии)	20	30	38	46	54	62	70	78	85	90	95

Если иное не предусмотрено договором страхования, при страховании на срок более одного года, страховая премия рассчитывается пропорционально количеству месяцев действия договора страхования (при этом неполный месяц страхования принимается за полный).

4.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при ненадлежащей оплате (не вовремя или не в полном объеме) страховой премии (первого страхового взноса) Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя, если иной порядок для возврата (в т.ч. срок) не предусмотрен соглашением Сторон.

При этом, если оплата производилась в рублях:

4.8.1. возврат денежных средств производится в рублях;

4.8.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

4.9. При неоплате очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) 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) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередных страховых взносов (согласно п. 7.7 настоящих Правил).

4.10. Если иное не установлено договором страхования, при оплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

- вправе уведомлять Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса, в т.ч. об оплате его не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным в Договоре страхования;
- вправе уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

При этом уведомления, направленные Страхователю (кроме Страхователя-юридического лица) посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, указанным в п. 5.7 настоящих Правил, рассматривается Сторонами как надлежащие уведомления и считаются сделанным в письменной форме.

4.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования датой оплаты страховой премии (страхового взноса) является:

4.11.1. 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 Страхователем является физическое лицо;
- дата зачисления денежных средств на корреспондентский счет кредитной организации, обслуживающей Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживают разные кредитные организации;
- дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживает одна и та же кредитная организация.

4.11.2. при наличных формах расчетов - дата внесения платежа в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

5. Порядок заключения, изменения и исполнения Договора страхования

5.1. Договор страхования может заключаться одним из следующих способов:

5.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами (в том числе на основании письменного заявления Страхователя). Таким документом может быть страховой полис по установленной Страховщиком форме.

5.1.2. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, или заключение Договора в виде электронного документа (обмена электронными документами) посредством подписания электронными подписями Сторон или иным способом в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.1.3. путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии (первого страхового взноса) и/или принятие от Страховщика страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции).

Дополнительным подтверждением факта заключения Договора страхования и вручения Страхователю Правил страхования может служить подпись Страхователя в платежных или иных документах. Если иное не предусмотрено соответствующей кредитной организацией, платежные документы оформляются в одном экземпляре для передачи Страхователю в подтверждение факта оплаты страховой премии.

Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из платежного поручения и / или иных документов, 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.

5.2. Для заключения Договора страхования и дальнейшего его исполнения Страховщику должны быть предоставлены:

5.2.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (с приложениями и дополнениями к нему, если предусмотрены), в случае, когда Договор страхования заключается на основании письменного заявления.

5.2.2. Сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Выгодоприобретателя / Застрахованное лицо, 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.).

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

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

5.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

5.2.6. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя).

5.2.7. 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).

5.2.8. 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).

5.2.9. Сведения и (или) документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные п. 5.3 настоящих Правил (если применимо).

5.2.10. Медицинское заключение и/или иные документы, выдаваемые медицинской организацией, по результатам прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования, в т.ч. в случае, предусмотренном в п. 5.3.2 настоящих Правил страхования.

5.2.11. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.).

5.2.12. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.

5.2.13. 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) и/или объединения страховщиков (при наличии).

5.2.14. Согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия), а также согласие Застрахованного лица (или его законного представителя) на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, в т.ч. на истребование медицинских документов (если это требуется в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования).

5.2.15. Сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).

5.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страхового риска в связи с чем он может:

5.3.1. Запросить у Страхователя следующие сведения в отношении Застрахованного лица:

- возраст, пол, вес, рост, индекс массы тела, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете (динамическом наблюдении);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч., о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, о наличии / отсутствии определенных симптомов и (или) о состояниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (включая, сведения о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах, в т.ч. планируемых / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин) / сведения о рекомендованных и (или) планируемых исследованиях организма) / сведения о назначенных и/или принимаемых медицинских препаратах;
- 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 (категории «ребенок-инвалид) или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
- 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.));
- сведения, характеризующие личность, и сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с привлечением к административной или уголовной ответственности (в т.ч. о судимости), 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)), а также сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль);
- 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 по вопросу их заключения, об отказах в заключении Договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
- сведения о наличии / отсутствии определенных заболеваний или состояний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
- сведения об иждивенцах;

5.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком. В случае если для заключения Договора страхования необходимо проведение такого медицинского осмотра/обследования Страховщик информирует об этом потенциального Страхователя при его обращении.

5.4. Форма предоставления указанных в п. 5.2 и 5.3 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 5.2 и 5.3 перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и (или) сведений или принять взамен иные документы и (или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом.

5.5. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Из указанных в подп. 5.3.1 Правил сведений, к обстоятельствам, имеющим существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), относятся только те из них, которые прямо указаны в качестве таких обстоятельств (если предусмотрены) в заявлении на страхование по установленной Страховщиком форме (если Договор страхования заключается на основании письменного заявления), включая приложения и дополнения к нему (в т.ч. по установленной Страховщиком форме (в случае их наличия)) и/или в ином письменном запросе по установленной Страховщиком форме и/или в заключаемом Договоре страхования, в т.ч. в виде декларативных положений.

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.

Если Страхователем / Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 5.2 и п. 5.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов. О необходимости предоставления недостающих сведений / документов Страховщик уведомляет Страхователя.

5.6. При наличии согласия Страхователя (выраженного как в письменной форме, так и посредством совершения установленных Договором страхования действия (например, уплата страховой премии/страхового взноса)) подписание Страховщиком документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов (в т.ч. Договора страхования) со стороны Страховщика.

5.7. 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:

5.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования;

5.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования, платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 5.1 настоящих Правил страхования (при наличии);

5.7.3. 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 неуведомлением / 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 подп. 9.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте 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.

5.8. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Внесение изменений в Договор страхования осуществляется в форме и порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами страхования и Договором страхования.

5.9. В случаях, когда изменения в Договор страхования подлежат внесению по соглашению Сторон, Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) и оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий страхования.

5.10. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный документ считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

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 и 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 указывается в Договоре страхования.

6.2. Срок страхования может определяться посредством указания в Договоре страхования даты (дня) его начала и даты (дня) окончания и/или периода времени. Соглашением Сторон могут предусматриваться различные сроки начала и/или окончания срока страхования для каждого (отдельных) страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц.

6.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 24 часов 00 минут дня, определяющего его прекращение.

6.4. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам, предусмотренным Договором страхования.

7. Порядок прекращения Договора страхования

7.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

7.1.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме, как это предусмотрено Правилами и/или Договором страхования;

7.1.2. при одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования (кроме случая указанного в подп. 7.1.5 Правил страхования). При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных в подп. 7.6.1, 7.6.2 Правил, а также если применимо в подп. 7.6.3, 7.6.4 Правил страхования.

7.1.3. по инициативе Страховщика на основании п. 4.9 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты окончания срока, установленного для уплаты соответствующего очередного страхового взноса, который не был надлежаще (своевременно и/или в полном объеме) оплачен;

7.1.4. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В частности, в случае смерти единственного Застрахованного лица по Договору страхования. При этом, Договор страхования прекращается со дня, следующего за днем смерти такого Застрахованного лица;

7.1.5. при отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в случае непредоставления Страховщиком Страхователю установленной соответствующим нормативным документом Банка России информации о Договоре страхования либо предоставления неполной или недостоверной такой информации (когда такое основание предусмотрено законодательством Российской Федерации) и при условии отсутствия по такому Договору страхования событий, имеющих признаки страхового случая. При этом, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком соответствующего заявления Страхователя, в котором он мотивированно изложил наступление указанных обстоятельств, при условии подтверждения Страховщиком факта их наступления;

7.1.6. по соглашению Сторон;

7.1.7. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.6 настоящих Правил (с учетом того, что из них применимо), в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

7.2.1. возврат денежных средств производится в рублях;

7.2.2. если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

7.3. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.4 Правил страхования Страховщик производит возврат уплаченной страховой премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат производится в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, из числа предусмотренных в п. 7.6 Правил страхования (с учетом, того что из них применимо, в т.ч. исходя из требований, установленных законодательством Российской Федерации), если иной порядок и срок

для возврата не установлен действующим законодательством Российской Федерации и/или Договором страхования.

7.4. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.5 Правил страхования Страховщик производит Страхователю-физическому лицу возврат уплаченной страховой премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат производится в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя.

7.5. В иных случаях, кроме указанных в п. 7.3 и 7.4 настоящих Правил страхования или в Договоре страхования (если предусмотрены Договором страхования), вопрос о возврате страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования регламентируется действующим законодательством Российской Федерации. При этом, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации или Договором страхования, такой возврат уплаченной страховой премии/части страховой премии (если полагается) производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, из числа предусмотренных в п. 7.6 Правил страхования (с учетом, того что из них применимо) или даты прекращения Договора страхования (в зависимости от того, что наступит позднее).

7.6. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы (с учетом того, что применимо):

7.6.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

7.6.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в т.ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства) и, если заявитель не является российским гражданином, также документы, подтверждающие право его нахождения и въезда на территорию Российской Федерации (в т.ч. вид на жительство, виза, миграционная карта (с учетом того, что применимо));

7.6.3. документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

7.6.4. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей);

7.6.5. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, из числа предусмотренных в подп. 7.1.4, 7.1.7 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств. При этом на заявителя 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), кроме того в случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным Договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа;

7.6.6. в случае возврата уплаченной страховой премии (ее части) лицу, не являющемуся налоговым резидентом Российской Федерации, предоставлению Страховщику подлежит оригинал или надлежащим образом заверенная копия документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика, присвоенного иностранным государством (территорией), налоговым резидентом которого он является (при наличии такого документа).

7.7. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения Договора страхования, дополнительные и/или отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

8. Страховые выплаты. Основания отказа в страховой выплате

8.1. При наступлении страхового случая по страховому риску, предусмотренному Договором страхования, а также при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате Страховщик осуществляет страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования и применимой к Договору страхования Программой добровольного медицинского страхования (в т.ч. с учетом установленных лимитов ответственности Программах ДМС).

8.2. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских услуг в объеме и порядке, предусмотренном применимой Программой ДМС, с привлечением медицинских и/или иных организаций и производит оплату оказанных медицинских услуг. При этом:

8.2.1. выбор медицинских и иных организаций для оказания медицинских услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) с учетом определенной Договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС) территорией оказания услуг.

8.2.2. медицинские услуги, предусмотренные применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании/медицинской организации, привлеченной(-ых) Страховщиком для оказания таких услуг, и Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора страхования и качество таких услуг;

8.2.3. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС, непосредственно медицинским и иным организациям в соответствии с заключенными с ними Договорами (в т.ч. в сроки и в порядке, которые установлены указанными Договорами), при предоставлении такими организациями документов: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

8.2.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг, предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС, а также их оплату:

8.2.4.1. до окончания срока действия Договора страхования (в т.ч. до даты досрочного прекращения Договора страхования) – во всех случаях кроме, указанных в п. 8.2.4.2 настоящих Правил страхования;

8.2.4.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими услугами в медицинские организации или сервисные компании, из числа привлеченных Страховщиком для оказания таких услуг, произошло в течение срока действия Договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате медицинских услуг, но на дату окончания срока действия Договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

8.3. В случае, если Договором страхования прямо предусмотрена самостоятельная оплата Застрахованным лицом медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, на условиях которых заключен договор страхования, и последующее их возмещение Страховщиком, то Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо) для принятия решения Страховщиком об осуществлении страховой выплаты и ее размере или об отказе в страховой выплате должен документально подтвердить наличие события, обладающего признаками страхового случая, и размер затрат на оплату медицинских услуг, оказанных ему в соответствии с Договором страхования, в связи с чем предоставляет Страховщику следующие сведения и/или документы:

8.3.1. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

8.3.2. документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя), и /или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака) и /или согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации));

8.3.3. надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя Застрахованного лица);

8.3.4. документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе

осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

8.3.5. документы (в т.ч. медицинского характера) и/или сведения, подтверждающие оказание медицинских услуг, предусмотренных соответствующей применимой Программой ДМС:

8.3.5.1. кассовый чек с приходным кассовым ордером или бланком строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку, оплаченный счет с указанием медицинского учреждения;

8.3.5.2. документ, содержащий перечень оказанных услуг и их стоимость по прейскуранту медицинской или иной организации (акт выполненных работ) с печатью данной медицинской или иной организации;

8.3.5.3. договор с медицинским учреждением с приложениями, заверенные печатью (предоставляется по запросу Страховщика);

8.3.5.4. лицензии медицинского учреждения на право оказания услуг, полученных Застрахованным лицом (предоставляется по запросу Страховщика);

8.3.5.5. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, с указанием диагноза, даты телесного повреждения, описанием проведенного лечения и продолжительностью лечения и позволяющие сделать заключение о причинах травмы (предоставляется по запросу Страховщика).

Если Договором страхование не установлено иное, то все вышеуказанные документы из медицинской или иной организации должны быть представлены на соответствующем бланке и заверены подписью уполномоченного лица и печатью соответствующей медицинской или иной организации, если документ составлен не на бланке, обязательным является штамп организации, выдавшей документ.

8.4. Предусмотренный в п. 8.3 настоящих Правил перечень документов и сведений 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/Застрахованным лицом.

Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, указанные в настоящих Правилах документы, предоставляемые Страховщику при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, 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:

8.4.1. применительно к электронному документу может предоставляться его копия, составленная путем визуализации такого документа на бумажном носителе с надлежаще проставленной в нем отметкой об электронной подписи, и заверенная в порядке, указанном выше.

8.4.2. 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, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

8.5. Страховщик вправе, в том числе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливая факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в частности, основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, запрашивая сведения (информацию), в т.ч. с получением таких сведений (информации) в виде электронного документа, подписанного электронной подписью в соответствии с действующим законодательством, из единого государственного реестра записей актов гражданского состояния, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, единой информационной системы нотариата и прочих информационных систем, предусмотренных законодательством Российской Федерации). 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 предоставленных документов и сократить указанный в настоящих Правилах страхования перечень документов, предоставляемых Страховщику при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также принять иные документы, сведения (информацию) (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.6. 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.

8.7. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и применимой Программой ДМС (в т.ч. с учетом установленных лимитов ответственности).

8.8. В случае если установлена агрегатная страховая сумма, то после осуществления страховой выплаты агрегатная страховая сумма, установленная на весь срок действия Договора страхования/на соответствующий полисный год (с учетом того, что применимо), уменьшается на размер произведенной страховой выплаты. При этом:

8.8.1. если агрегатная страховая сумма установлена на весь срок действия Договора страхования, то в случае осуществления в период действия такого Договора страхования страховых(-ой) выплат(-ы) в размере установленной агрегатной страховой суммы, обязательства Страховщика считаются исполненными по Договору страхования в полном объеме и срок страхования прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств;

8.8.2. если агрегатная страховая сумма установлена отдельно на каждый полисный год, то в случае осуществления в течение определенного полисного года страховых(-ой) выплат(-ы) в размере установленной на данный полисный год агрегатной страховой суммы, обязательства Страховщика за такой полисный год считаются исполненными в полном объеме.

8.9. В случае, указанном в п. 8.2 Правил, Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц (в т.ч. сервисной компании) в течение 30 (тридцати) календарных дней (если иной меньший срок не предусмотрен Договором страхования, в т.ч. применимой Программой ДМС) с момента получения последнего из всех необходимых документов и сведений (в т. ч. запрошенных дополнительно) в счет страховой выплаты (в случае признания события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) начинает организацию медицинских услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС.

8.10. Решение об отказе в страховой выплате (в т.ч. при непризнании события страховым случаем) Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов и сведений (в т.ч. запрошенных дополнительно и/или самостоятельно полученных Страховщиком) и в этот же срок направляет Выгодоприобретателю уведомление с обоснованием отказа.

8.11. Страховщик освобождается от страховой выплаты, в следующих случаях:

8.11.1. вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

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.

При этом Договором страхования может быть предусмотрено, что основания освобождения от страховой выплаты, из числа указанных в подп. 8.11.2–8.11.4 Правил, не применяются.

8.12. Страховщик отказывается 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, в т.ч. в отношении соответствующего Застрахованного лица, (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия (раздел 3 Правил страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил

страхования (в т.ч. Приложениях к ним (в соответствующей Программе ДМС применимой к Договору страхования));

8.12.2. сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом, возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита;

8.12.3. событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующей Программе ДМС);

8.12.4. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования (в т.ч. в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских услуг);

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

8.12.6. в случаях освобождения Страховщика от страховой выплаты в соответствии с п. 8.11 настоящих Правил страхования.

9. Права и обязанности Сторон

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (включая Приложения).

9.1.2. 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.

9.1.3. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести исполнение по Договору страхования в соответствии с Правилами страхования и/или Договором страхования (в т.ч. в соответствии с применимой Программой ДМС).

9.1.4. Контролировать объем и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских услуг в соответствии с применимой Программой ДМС.

9.1.5. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. Перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного лица сведения и/или документы, необходимые для заключения Договора страхования и/или оценки страхового риска (в том числе медицинского характера), а также потребовать прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования с целью оценки фактического состояния его здоровья.

9.2.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

9.2.3. Отказаться в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

9.2.4. Проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования.

9.2.5. Осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

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

9.3.2. При заключении Договора страхования предоставить сведения и/или документы, необходимые для заключения Договора страхования и/или оценки страхового риска.

9.3.3. Уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования в сроки, установленные Договором страхования.

9.3.4. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами по Договору страхования и известными Страхователю условиями организации оказания медицинских услуг, а также в части

медицинского страхования обеспечить исполнение Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных настоящим разделом и применимой(-ыми) Программой(-ами) ДМС.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки.

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

9.4.3. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. применимыми Программами ДМС).

9.4.4. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских услуг.

9.4.5. Досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика.

9.4.6. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

9.4.7. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.5. Застрахованное лицо обязано:

9.5.1. Обратиться к Страховщику или в сервисную компанию (привлеченную (согласованную) Страховщиком сервисную компанию) в целях организации и оказания ему медицинских услуг в сроки и порядке, предусмотренные применимой Программой ДМС.

9.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской или иной организацией, в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские услуги, предусмотренные Договором страхования.

9.5.3. Не передавать Договор страхования (в т.ч. сведения о нем), пропуск в медицинские организации (если оформлялся) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС и/или Договором страхования.

9.6. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования и/или Договором страхования (в т.ч. применимой(-ыми) Программой(-ами) ДМС) и/или действующим законодательством Российской Федерации

9.7. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) 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 по Договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры между юридическими лицами разрешаются в арбитражном суде по месту нахождения Страховщика (если иное не предусмотрено соглашением Сторон).

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ»

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по Договору страхования, неотъемлемой частью которого является Программа добровольного медицинского страхования, в которую могут быть включены все или отдельные медицинские и иные услуги, из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий, (далее также – применимая Программа ДМС), компенсирует в счет страховой выплаты затраты, понесенные Застрахованным лицом в части оплаты услуг (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), предусмотренных и оказанных Застрахованному лицу в объеме, соответствующем применимой Программе ДМС (в т.ч. в пределах установленных лимитов ответственности (если установлены)), при соблюдении всех положений, определений, исключений из страхования, предусмотренными Правилами страхования № 0104.СЛ.05.00 и Договором страхования, в т.ч., применимой Программой ДМС.

Раздел 2. Предоставляемые медицинские услуги

- 2.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов всех специальностей без ограничений (терапевт, хирург, ортопед, ортодонт, имплантолог, пародонтолог и др.) с составлением плана лечения (план лечения выдается на руки пациенту).
- 2.2. Рентгенологические исследования: радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки, ортопантограмма.
- 2.3. Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).
- 2.4. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 2.5. Профессиональная гигиена полости рта: снятие зубных отложений ультразвуком и мягкого зубного налета методом Air Flow – один раз в год. Если метод Air Flow отсутствует в клинике, возможно проведение профессиональной гигиены иными доступными методами.
- 2.6. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами – после снятия зубных отложений ультразвуком при гиперестезии эмали зубов.
- 2.7. Терапевтическая стоматология:
 - 2.7.1. Лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием современных, в том числе светоотверждаемых пломбировочных материалов; применение лечебной прокладки при глубоком кариесе. Восстановление коронковой части зуба с помощью пломбировочного материала при ее разрушении не более чем на 50%.
 - 2.7.2. Лечение пульпита/периодонтита: наложение девитализирующей пасты; распломбировка корневых каналов; механическая и медикаментозная обработка корневых каналов; временное пломбирование корневых каналов; пломбирование корневых каналов с использованием паст, гуттаперчевых штифтов и термофилов; постановка временной пломбы; постановка постоянной свето- или химиоотверждаемой пломбы при разрушении коронковой части зуба не более, чем на 50%. В случае разрушения коронковой части зуба более чем на 50% - только эндодонтическое лечение.
- 2.8. Хирургическая стоматология: удаление зубов (простое, сложное, включая ретенированные/дистопированные первой и второй категории сложности); лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области; разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, кист, иссечение капюшона при перикоронарите.
- 2.9. Терапевтическое лечение пародонтита I и II степени тяжести, гингивита, стоматита: снятие зубного камня, обработка пародонтальных карманов, закрытый кюретаж; лечение заболеваний слизистой полости рта и языка (повязки, пленки, аппликации); покрытие зубов фторсодержащими

препаратами при гиперэстезии.

2.10. Физиотерапевтическое лечение.

2.11. Зубопротезирование и подготовка к нему с применением металлопластмассовых и металлокерамических конструкций (без имплантации зубов) в случаях, когда необходимость в протезировании возникла в результате травмы, произошедшей в течение срока страхования.

Раздел 3. Медицинские услуги, оказание которых не входит в Программу ДМС и не оплачивается Страховщиком:

3.1. Лечение некариозных поражений зубов; глубокое фторирование зубов; восстановление коронковой части зуба с помощью штифтов.

3.2. Зубопротезирование и подготовка к нему (за исключением случаев, предусмотренных Программой), имплантация зубов.

3.3. Услуги, оказываемые в профилактических и косметических целях: герметизация фиссур, химическое, лазерное и другое отбеливание зубов, реставрация зубных рядов, косметическое восстановление зубов; замена старых пломб без медицинских показаний.

3.4. Ортодонтические виды лечения и подготовка к ним.

3.5. Удаление ретинированных и дистопированных зубов третьей и четвертой категории сложности (вертикальной дистопии, с парадонтологической гранулемой, удаление небно расположенного сверхкомплектного зуба с подковообразным небным доступом).

3.6. Хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта: открытый кюретаж; шинирование зубов.

3.7. Иные медицинские услуги, не предусмотренные Разделом 2 настоящих Условий.