

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 25 ноября 2016 года № 229

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ №0038.СЛ.04/05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования №0038.СЛ.04/05.00 (далее – Правила или Правила страхования) Страховщик заключает договоры страхования со Страхователями. Как правило, на основании настоящих Правил Страховщик заключает договоры в отношении пяти и более Застрахованных лиц – Групповые договоры страхования (далее – «Договоры страхования»). При заключении Договора страхования в отношении единственного Застрахованного лица настоящие Правила применяются по аналогии в части, не противоречащей существу правоотношений.

Условия, содержащиеся в Правилах 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 приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования.

При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил.

1.2. В настоящих Правилах используются следующие определения и термины:

- **Авиакатастрофа** – разрушение или иное повреждение воздушного судна, произошедшее в связи с осуществлением воздушной перевозки при управлении профессиональным пилотом, повлекшее за собой гибель одного или несколько людей;
- **Болезнь** – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное на основании объективных симптомов в течение срока страхования;
- **Временная нетрудоспособность** – невозможность выполнять трудовые (служебные) функции, подтвержденная выданным(и) в соответствии с законодательством Российской Федерации листком(ами) нетрудоспособности или медицинскими документами, подтверждающими нахождение Застрахованного лица на стационарном лечении;
- **Железнодорожная катастрофа** – несчастный случай, произошедший с пассажиром, в процессе и(или) в связи с движением железнодорожного транспорта (в частности, крушение или авария железнодорожного состава);
- **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;
- **Несчастный случай на производстве** – фактически произошедшее в течение срока страхования событие, квалифицированное и зафиксированное в качестве несчастного случая на производстве в соответствии с трудовым законодательством и иными актами, содержащими нормы трудового права Российской Федерации;
- **Особо опасное заболевание** – впервые диагностированное в течение срока страхования заболевание, предусмотренное Правилами страхования (включая Приложение №1);
- **Профессиональный пилот** – лицо, допущенное к управлению воздушным судном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации или иным применимым законодательством другой страны;
- **Спортсмен-профессионал** - лицо, для которого занятия спортом являются основным видом деятельности и который получает в соответствии с контрактом заработную плату и иное денежное вознаграждение за подготовку к спортивным соревнованиям и участие в них (в т.ч. работники физкультурно-спортивных организаций, члены спортивных клубов / национальной спортивной сборной команды);
- **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 и Договором страхования;
- **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование;
- **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату;

- **Страховая сумма** - денежная сумма, определенная Договором страхования, исходя из которой определяется размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая;
- **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное фирменное наименование – ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), действующее на основании лицензии, выданной в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- **Страхователь** – дееспособное физическое лицо (в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо (как эти термины определены законодательством Российской Федерации), заключающее Договор страхования. 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 отношении которого заключен Договор страхования;
- **Выгодоприобретатель** - лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и которое обладает правом на получение страховой выплаты;
Договор страхования считается заключенным в пользу каждого Застрахованного лица в части, к нему относящейся. В случае смерти Застрахованного лица, Выгодоприобретателями признаются его наследники в части, относящейся к соответствующему Застрахованному лицу;
- **Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования;
- **Ассистанс-компания (Сервисная компания)** – компания, которая по поручению Страховщика осуществляет сервисную поддержку по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования;
- **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;
- **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;
- **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты/страховых выплат по страховому(ым) риску (ам), установленный Договором страхования.

1.3. Стороны вправе придать иное значение терминам, содержащимся выше в п. 1.2 настоящих Правил страхования, а также установить дополнительные определения и термины, закрепив это в письменной форме (в т.ч. в условиях Договора страхования и приложениях к нему), если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и остальным положениям Правил страхования.

2. Объект страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, с их смертью в результате несчастного случая или болезни, а также 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.

2.2. По Договорам страхования, заключаемым в рамках действия настоящих Правил, при применении стандартных страховых тарифов могут приниматься на страхование лица, которые на дату подписания Договора страхования не относятся к нижеследующей(им) категории(ям):

- лица, возраст которых составляет менее 18 (восемнадцати) и более 60 (шестидесяти) полных лет на дату заключения Договора страхования;
 - лица, страдающие психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами и/или состоящие на учете в наркологических / психоневрологических диспансерах;
 - лица, находящиеся под следствием / осужденные к лишению свободы;
 - профессиональные спортсмены (т.е. работники физкультурно-спортивных организаций, члены - спортивных клубов / национальной спортивной сборной команды);
 - военнослужащие, сотрудники полиции, спасатели;
 - работающие на высоте более 1,5 м., под землей, на воде, под водой, с радиацией, взрывчатыми веществами, огнем, хищными животными;
 - рабочие горнодобывающей, нефтяной, атомной промышленности (за исключением лиц, работающих в офисе);
 - каскадеры;
 - испытатели;
 - профессиональные пилоты авиации;
 - инкассаторы, сотрудники ОМОН/СОБР/ОДОН, вооруженные охранники, телохранители;
 - инвалиды 1,2,3 группы или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу.
- 2.3. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.2 настоящих Правил.
- 2.4. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменения условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.
- 2.5. Сторонами Договора страхования являются Страхователь и Страховщик.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Договоры страхования по настоящим Правилам страхования могут быть заключены с ответственностью по любому(ому) страховому(ому) риску(у) из числа следующих:

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

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

3.1.3. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая на производстве (также именуется **«Смерть в результате несчастного случая на производстве»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, произошедшая в течение срока страхования в результате несчастного случая на производстве, произошедшего в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3. настоящих Правил страхования).

3.1.4. Смерть Застрахованного лица в результате Авиакатастрофы или Железнодорожной катастрофы (**«Смерть вследствие авиа- или ж/д катастрофы»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате Авиакатастрофы или Железнодорожной катастрофы, произошедшая в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3. настоящих Правил страхования).

3.1.5. Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или болезни (также именуется **«Инвалидность 1 или 2 группы»**). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (далее – «МСЭ») Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или болезни (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил страхования).

3.1.6. Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая (также именуется **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»**). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением МСЭ Застрахованному лицу 1 или 2

группы инвалидности в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3. настоящих Правил страхования).

3.1.7. Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая на производстве (также именуется **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая на производстве»**). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением МСЭ Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности в результате несчастного случая на производстве, произошедшего в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3. настоящих Правил страхования).

3.1.8. Непрерывная временная нетрудоспособность Застрахованного лица, продолжившаяся на 32 (Тридцать второй) календарный день со дня ее возникновения, в результате несчастного случая или болезни (также именуется **«Временная нетрудоспособность с 32 дня»**). Страховым случаем является непрерывная временная нетрудоспособность Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, продолжившаяся на 32 (Тридцать второй) календарный день со дня ее возникновения и произошедшая в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3. настоящих Правил страхования).

3.1.9. **Диагностирование особо опасных заболеваний.** Страховым случаем является первичное диагностирование у Застрахованного лица особо опасного заболевания, указанного в Приложении № 1 к Правилам страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3. настоящих Правил страхования).

3.1.10. **Риск возникновения расходов на организацию и оказание Застрахованному лицу услуг из числа указанных в Программе «Второе экспертное медицинское мнение»** (Приложение № 2 к Правилам страхования).

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование конкретного Застрахованного лица (группы Застрахованных лиц по списку), указывается в Договоре страхования.

Договором может быть предусмотрено страхование от совокупности страховых рисков из числа указанных в п. 3.1 настоящих Правил.

3.3. Не признаются страховыми случаями следующие события / события, наступившие при следующих обстоятельствах:

- 3.3.1. отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);
- 3.3.2. управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление транспортным средством;
- 3.3.3. пребывания в местах лишения свободы;
- 3.3.4. занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятия следующими видами спорта/увлечениями (вне зависимости от уровня): автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом), альпинизм, стрельба, рафтинг, управление Застрахованным лицом летательным аппаратом;
- 3.3.5. беременности, родов, искусственного прерывания беременности, лечения любых осложнений при беременности и родах, а также лечения бесплодия, включая искусственное оплодотворение;
- 3.3.6. пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;
- 3.3.7. по риску «Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или болезни» прямого следствия профессионального или общего заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты начала срока страхования.

3.4. Дополнительно по риску 3.1.9 не признаются страховыми случаями события, наступившие при обстоятельствах как они определены в Приложении №1 к Правилам страхования, в зависимости от того, что применимо.

3.5. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п. 3.3 настоящих Правил страхования.

3.6. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки.

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

4.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в российских рублях.

Страховая сумма устанавливается в отношении каждого Застрахованного лица.

Страховая сумма может устанавливаться по каждому страховому риску, а также совокупно (единой) по всем/отдельным страховому(ым) риску(ам) / Программе(ам) страхования (единая страховая сумма).

4.2. Страховая сумма является постоянной и указывается в Договоре страхования.

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Для расчета страховых тарифов Страховщик применяет методы актуарной математики.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, отнесения Застрахованного лица к числу категорий, указанных в п. 2.2 настоящих Правил), и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.4. Страховая премия оплачивается единовременно в размере и сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии устанавливается в отношении каждого Застрахованного лица отдельно за весь срок страхования. Страховая премия за всех Застрахованных лиц определяется путем суммирования страховых премий за каждое Застрахованное лицо (общая страховая премия).

4.5. Датой оплаты страховой премии Страхователем является при безналичных формах расчетов дата зачисления денежных средств на указанный в Договоре страхования расчетный счет Страховщика в полном размере; при наличных формах расчетов – день внесения платежа в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

4.6. Если Стороны не пришли к соглашению об изменении сроков и порядка оплаты и(или) размера (общей) страховой премии, при неоплате (неполной или несвоевременной оплате) общей страховой премии Договор страхования считается не вступившим в силу и выплаты по нему не производятся. Поступившие по такому Договору денежные средства 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.

5. Срок страхования. Срок действия Договора страхования

5.1. Срок действия Договора страхования определяется по соглашению Сторон. Датой начала срока действия Договора страхования является дата его вступления в силу. Дата окончания срока действия Договора страхования совпадает с датой окончания страхования (как она определена в Договоре страхования).

5.2. Договор страхования считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

Договор страхования вступает в силу с даты оплаты общей страховой премии.

5.3. Срок страхования указывается в Договоре страхования. При этом, досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования.

5.4. В Договоре страхования может быть установлен период ожидания как по Договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам. Если иное не предусмотрено Договором страхования, период ожидания составляет:

5.4.1. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.1.10 Правил страхования период ожидания не устанавливается;

5.4.2. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.1.9 Правил страхования период ожидания – 180 (сто восемьдесят) календарных дней с даты начала страхования, установленного в отношении Застрахованного лица;

5.4.3. в отношении риска, предусмотренного в п. 3.1.8 Правил страхования период ожидания – 31 (тридцать один) календарный день с даты начала страхования, установленного в отношении Застрахованного лица.

5.5. Дата окончания срока страхования по всем страховым рискам совпадает с последним днем срока действия Договора страхования в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а).

6. Заключение и исполнение Договора страхования

6.1. Договор заключается на основании устного заявления Страхователя путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем Договора страхования.

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

Если иное не предусмотрено настоящими Правилами страхования и(или) Договором страхования, содержащиеся в Правилах положения применяются к каждому Застрахованному лицу в равной степени.

Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, Страховщик не выпускает и не выдает страховые полисы (сертификаты, квитанции) каждому Застрахованному лицу по Договору страхования.

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

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

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

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

6.2.4. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

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

6.2.6. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).

6.2.7. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.8. Следующие сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы: возраст; 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/расстройствами, указанными в п. 2.2. настоящих Правил страхования); сведения об установлении группы инвалидности; сведения о судимости (нахождении под следствием); сведения о служебной/профессиональной деятельности; сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.).

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

6.2.10. 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).

6.3. Форма представления указанных в п. 6.2. документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 6.2. настоящих Правил страхования перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, является 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 / Выгодоприобретателем.

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

6.5. Все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь, должны производиться в письменной форме, способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения.

6.6. Если законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное, подписание Договора страхования (и Приложений к нему) Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.

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

6.7. 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 следующим адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:

6.7.1. в Договоре страхования;

6.7.2. 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 посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных не уведомлением/ несвоевременным уведомлением. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т.ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

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

6.9. Для заключения Договора страхования по риску, указанному в п. 3.1.10 Правил, Страховщик вправе предложить Страхователю оформить заявление по установленной Страховщиком форме (если такая форма утверждалась).

6.10. При заключении Договора страхования по риску, указанному в п. 3.1.10 Правил, Страховщик вправе предложить лицу, принимаемому на страхование, заполнить Медицинскую анкету Застрахованного лица (далее по тексту – Медицинская анкета) по установленной Страховщиком форме (если такая форма утверждалась), 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.

6.11. 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 по риску, указанному в п. 3.1.10 Правил.

6.12. 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. Порядок прекращения Договора страхования

7.1. Договора страхования прекращается в связи с окончанием срока его действия.

7.2. Договор страхования полностью прекращается до истечения срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

7.2.1. при одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования после его вступления в силу. При этом, дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты получения Страховщиком соответствующего уведомления Страхователя об отказе от Договора страхования;

7.2.2. при одностороннем отказе Страховщика от Договора страхования после его вступления в силу. При этом Договор страхования прекращается на 31 (Тридцать первый) календарный день после направления Страховщиком письменного заявления Страхователю об отказе от Договора страхования;

7.2.3. по соглашению Сторон.

7.3. Договор страхования прекращается досрочно в отношении конкретного Застрахованного лица в следующих случаях:

7.3.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в отношении конкретного Застрахованного лица в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами страхования).

7.3.2. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе в случае смерти Застрахованного, не являющейся страховым случаем;

- 7.3.3. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 7.4. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.2.3. настоящих Правил регламентируется соответствующим соглашением Сторон.
- 7.5. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному выше в подп. 7.2.2, когда отказ Страховщика от Договора страхования связан с неисполнением (ненадлежащим исполнением) Страхователем своих обязательств по Договору страхования, а также по основаниям, предусмотренным подп. 7.2.1, 7.3.1 настоящих Правил, возврат страховой премии (ее части) не производится.
- 7.6. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному выше в подп. 7.2.2, когда отказ Страховщика от Договора страхования не связан с неисполнением (ненадлежащим исполнением) Страхователем своих обязательств по Договору страхования, страховая премия (ее часть) подлежит возврату, если Стороны договорились об этом.
- 7.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, выплата денежных средств в связи с досрочным прекращением Договора страхования, когда она предусмотрена настоящими Правилами страхования, соглашением Сторон или законодательством Российской Федерации, производится Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком документов согласно п. 7.8 настоящих Правил страхования. Выплата производится в рублях.
- 7.8. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным подп. 7.2.1, 7.3.2, 7.3.3 настоящих Правил страхования, Страховщику должны быть предоставлены следующие документы (с учетом того, что применимо):
- 7.8.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если такая форма утверждалась), содержащее все необходимые сведения и реквизиты. При этом, Страховщик вправе, но не обязан, принять от Страхователя заявление в свободной форме, когда оно содержит все необходимые сведения и реквизиты;
 - 7.8.2. документ, удостоверяющий личность Страхователя, являющегося физическим лицом, и (или) представителя Страхователя;
 - 7.8.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей);
 - 7.8.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.3.2 настоящих Правил страхования, Страховщику должны быть представлены оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.
 - 7.8.5. иные документы в соответствии с законодательством Российской Федерации (если предусмотрены).

8. Порядок осуществления страховых выплат

- 8.1. Страховые выплаты производятся в порядке и размерах, установленных настоящими Правилами, а также с учетом положений Договора страхования (в т.ч. с учетом лимита ответственности).
- 8.2. Страховая выплата при наступлении страхового случая по рискам, указанным в подп. 3.1.1 – 3.1.7, 3.1.9 настоящих Правил, производится в размере 100% (ста процентов) страховой суммы, установленной Договором страхования для соответствующего Застрахованного лица. При наступлении события, одновременно относящегося к страховым рискам, указанным в подп. 3.1.1. и 3.1.4. настоящих Правил страхования (если оба риска предусмотрены Договором страхования), или страховым рискам, указанным в подп. 3.1.2. и 3.1.4. настоящих Правил страхования (если оба риска предусмотрены Договором страхования), страховые выплаты производятся по обоим рискам и суммируются.
- 8.3. Страховая выплата при наступлении страхового случая по риску, указанному в подп. 3.1.8. настоящих Правил, производится в размере 0,2% (ноль целых две десятых процента) от страховой суммы, установленной Договором страхования для соответствующего Застрахованного лица, за каждый день непрерывной временной нетрудоспособности Застрахованного лица, начиная с 32 (Тридцать второго) календарного дня. Максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата по страховому риску, указанному в подп. 3.1.8 по каждому страховому случаю составляет 90 (девяносто) календарных дней.
- 8.4. Договором страхования, заключенным на основании настоящих Правил, предусмотрен следующий максимальный размер страховой выплаты по страховому(ым) риску(ам) / Программе(ам) страхования (лимит ответственности (лимит страхового обязательства) Страховщика): при установлении единой страховой суммы, совокупный размер страховых выплат, произведенных Страховщиком в отношении одного Застрахованного лица, по страховым рискам из числа предусмотренных в подп. 3.1.1 – 3.1.3, 3.1.5 – 3.1.9 настоящих Правил не может превышать страховую сумму, установленную Договором страхования в отношении такого лица. При этом:

8.4.1. Если Страховщиком ранее были произведены страховые выплаты по риску(ам) из числа указанных в настоящем пункте в отношении данного Застрахованного лица, размер выплаты уменьшается на их величину.

8.4.2. В случае если по страховому(ым) риску(ам) из числа предусмотренных подп. 3.1.5 – 3.1.9 настоящих Правил Страховщиком за период действия Договора страхования была произведена страховая выплата в размере страховой суммы (или несколько выплат в совокупности составили размер страховой суммы), обязательства Страховщика в отношении конкретного Застрахованного лица считаются исполненными в полном объеме и Договор страхования в отношении такого лица прекращается на следующий после страховой выплаты день.

Превышающая(ие) лимит сумма(ы) (часть суммы) не подлежит(ат) выплате.

8.5. В части применения лимита страхового обязательства, установленного подп. 8.4. настоящих Правил, Стороны исходят из следующего: при заявлении нескольких событий, имеющих признаки страхового случая, обязательства Страховщика по страховой выплате возникают, и оплата (если она полагается) производится по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения документов поступил раньше.

8.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда ему стало известно о наступлении этого события.

8.7. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

8.7.1. Договор страхования (по требованию Страховщика).

8.7.2. Заявление о наступлении страхового события и (или) осуществлении страховой выплаты по установленной Страховщиком форме (если такая форма утверждалась), подписанное Выгодоприобретателем (его представителем); в случае нескольких Выгодоприобретателей – заявление должно быть предоставлено от каждого из Выгодоприобретателей.

8.7.3. Документ, удостоверяющий личность заявителя, а также надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (при обращении представителя).

8.7.4. Согласие Застрахованного лица на обработку Страхователем его персональных данных и их передачу Страховщику (в том числе сведений, относящихся к врачебной тайне) для заключения и исполнения договоров страхования, а также третьим лицам, привлекаемым Страховщиком в целях исполнения договоров страхования.

8.7.5. Дополнительно к указанному в подп. 8.7.1 – 8.7.4 настоящих Правил по риску **«Смерть Застрахованного лица», «Смерть в результате несчастного случая», «Смерть в результате несчастного случая на производстве», «Смерть вследствие авиа- или ж/д катастрофы»** представляются (с учетом того, что применимо):

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

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

8.7.5.3. если событие произошло в результате болезни, Страховщику должны быть представлены документы из медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо, раскрывающие обстоятельства события (в т.ч. диагноз(ы) и точные даты его(их) установления, результаты дополнительных методов исследования, назначенное и проводимое лечение (включая сроки) заболевания либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события, даты госпитализации и их причины). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

8.7.5.4. если событие произошло в результате иных причин, Страховщику должны быть представлены акт о несчастном случае на производстве по форме, установленной законодательством Российской Федерации; документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.7.5.5. свидетельство о праве на наследство (для наследников, если в Договоре страхования не указан Выгодоприобретатель).

8.7.6. Дополнительно к указанному подп. 8.7.1 – 8.7.4 настоящих Правил, по рискам **«Инвалидность 1 или 2 группы»**, **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»**, **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая на производстве»** представляются (с учетом того, что применимо):

8.7.6.1. официальный документ, выданный государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;

8.7.6.2. справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);

8.7.6.3. удостоверение о назначении пенсии по инвалидности (копия всех заполненных страниц) (в случае наличия пенсии по инвалидности);

8.7.6.4. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу или протокол проведения медико-социальную экспертизу или обратный талон или акт освидетельствования медико-социальную экспертизу;

8.7.6.5. документы, указанные в подп. 8.7.5.3 и 8.7.5.4 настоящих Правил.

8.7.7. Дополнительно к указанному подп. 8.7.1 – 8.7.4 настоящих Правил, по риску **«Временная нетрудоспособность с 32 дня»**:

8.7.7.1. листки нетрудоспособности (для Индивидуальных предпринимателей – медицинский документ, содержащий даты нахождения Застрахованного лица на стационарном лечении);

8.7.7.2. если событие произошло в результате болезни, Страховщику должны быть представлены медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами и раскрывающие обстоятельства события (основной диагноз, результаты дополнительных методов исследования, проводимого лечения (включая сроки) заболевания либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

8.7.7.3. если событие произошло в результате иных причин, Страховщику должны быть представлены акт о несчастном случае на производстве по форме, установленной законодательством Российской Федерации; документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.7.8. Дополнительно к указанному подп. 8.7.1 – 8.7.4 настоящих Правил, по риску **«Диагностирование особо опасных заболеваний»**:

8.7.8.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций.

8.7.9. Для получения услуги **«Второе экспертное медицинское мнение»** дополнительно к указанному подп. 8.7.1-8.7.4 предоставляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением №2 к ним):

8.7.9.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций.

8.7.9.2. первичное заключение врача-специалиста о наличии заболевания, 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.).

8.8. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 8.7, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально заверенного перевода документа.

8.9. Решение о признании реализовавшегося события страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями настоящих Правил страхования и(или) Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

8.10. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем пункте экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и сократить указанный в п. 8.7 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.

8.11. При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне, 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. Если документы/сведения подлежат запросу не у заявителя, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует заявителя об отсрочке принятия решения в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента направления запроса.

8.12. Решение о страховой выплате принимается Страховщиком в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате.

Страховщик принимает указанное решение в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) путем утверждения им страхового акта.

8.13. В случае принятия положительного решения о страховой выплате, страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения.

Страховая выплата производится в российских рублях, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.14. Страховая выплата производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию Сторон.

8.15. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховым случаем наступил вследствие:

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

8.15.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

8.16. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

- 8.16.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия).
- 8.16.2. Сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные ограничения, установленные Договором страхования (например, в части превышения максимального количества дней временной нетрудоспособности, за которые производится страховая выплата). При этом, возможен частичный отказ в Страховой выплате пропорционально превышению лимита/ограничения.
- 8.16.3. Событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования.
- 8.16.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.
- 8.16.5. За страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение.
- 8.16.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).
- 8.17. Решение об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем Страховщик принимает в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно).
При этом, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения последнего из всех необходимых документов направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.
- 8.18. По риску, указанному в п. 3.1.10 Правил Страховщик производит страховую выплату путем оплаты счетов Ассистанс-компании, осуществляющей сервисную поддержку программы страхования в соответствии с Приложением №2 к настоящим Правилам 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.

9. Права и обязанности Сторон

9.1. Страховщик обязан:

- 9.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования, а также предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 9.1.2. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные в разделе 8 настоящих Правил;
- 9.1.3. без письменного согласия физического лица – Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Страховщик имеет право:

- 9.2.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- 9.2.2. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.11 настоящих Правил;
- 9.2.3. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
- 9.2.4. отказать в страховой выплате при наличии оснований, установленных настоящими Правилами, уведомив об этом Выгодоприобретателя в срок, установленный в разделе 8 настоящих Правил;
- 9.2.5. отказаться в любой момент в одностороннем порядке от исполнения Договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страхования;
- 9.2.6. осуществлять контроль и оценку качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления в любой форме и любым способом по усмотрению Страховщика;
- 9.2.7. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

- 9.3.1. ознакомить Застрахованных лиц с положениями настоящих Правил и Договора страхования;
- 9.3.2. до момента заключения Договора страхования получить у каждого Застрахованного лица письменное согласие, предусмотренное подп. 8.7.4 настоящих Правил страхования, а также обеспечивать его сохранность на протяжении всего срока действия Договора страхования и еще 6 (шесть) лет после его прекращения. При этом, Страхователь обязан предоставить такое согласие при наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

- 9.3.3. уплатить страховую премию в размере и сроки, определенные Договором страхования;
- 9.3.4. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику полные и достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска;
- 9.3.5. незамедлительно уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
- 9.3.6. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого события.
- 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;
- 9.4.3. отказаться в любой момент от исполнения Договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страхования;
- 9.4.4. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 9.5. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами страхования и(или) действующим законодательством Российской Федерации.
- 9.6. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) 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 рассматриваются и разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде г. Москвы.

11. Персональные данные

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

Обработка персональных данных Страховщиком, когда он является оператором, осуществляется:

- 11.1.1. для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования;
- 11.1.2. для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей;
- 11.1.3. для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика;
- 11.1.4. для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

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

При обработке персональных данных Страховщик обязан соблюдать безопасность и конфиденциальность обрабатываемых персональных данных, а также выполнять иные требования, предусмотренные законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Страховщик обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения выполнения указанных обязанностей. При этом Страховщик самостоятельно определяет состав и перечень мер, необходимых и достаточных для обеспечения выполнения обязанностей. В частности, Страховщик при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

ВАЖНО: настоящее Приложение подлежит применению только, если Договор страхования заключен на случай диагностирования у Застрахованного лица особо опасного заболевания (то есть в числе программ страхования, указанных в Страховом полисе, предусмотрено «Диагностирование особо опасных заболеваний» с соответствующей страховой суммой и оплатой страховой премии).

Список особо опасных заболеваний

Статья	Наименование особо опасных заболеваний	Определение особо опасных заболеваний
1	РАК	<p>Первичное новообразование, морфологически (гистологически) определенное, как злокачественное, характеризующееся неконтролируемым ростом и способностью к метастазированию (распространением злокачественных клеток из первичного очага в здоровые ткани).</p> <p>Диагноз рака должен быть подтвержден путем предоставления результатов гистопатологического анализа.</p> <p>В определение «Рак» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркому.</p>
		<p>Исключения: Из определения особо опасного заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень T3N(0)M(0) по международной классификации TNM; б) Рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1б) по классификации TNM; в) Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания; г) Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома; д) Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации Rai); е) Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

2	ИНФАРКТ МИОКАРДА	<p>Остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения).</p> <p>Инфаркт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии не менее трех нижеследующих симптомов (признаков):</p> <ul style="list-style-type: none"> а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда; б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда; в) диагностически значимое увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК), тропонинов или других биохимических маркеров; г) подтвержденное снижение функции левого желудочка, например – снижение фракции выброса левого желудочка (55% и ниже) и/или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии движения стенки, обусловленные инфарктом миокарда.
		<p>Исключения: Из определения особо опасного заболевания в целях настоящего страхования исключается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Инфаркт миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или Т в крови без изменения сегмента ST; б) Стабильная/нестабильная стенокардия.
3	ИНСУЛЬТ	<p>Острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим стойким необратимым нарушениям функций организма.</p> <p>Оценка нарушения функций может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).</p>
		<p>Исключения: Из определения особо опасного заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Транзиторная ишемическая атака; б) Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы; в) Травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга; г) Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

ПРОГРАММА «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 п. 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 п. 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 п. 2.1.2. настоящей Программой (далее – Первое мнение), и любых медицинских документов/информации, затребованных медицинским персоналом Ассистанс-компания 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 п. 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) Рак
- 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 ООО «СК «Сбербанк страхование жизни», в отношении которых заключен Договор страхования (включены в Заявления-Реестры) по программе «Защита сотрудников».

2.1.6. Застрахованное лицо имеет право на получение Второго мнения не более двух раз в течение срока действия договора страхования, установленного в отношении данного Застрахованного лица.

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 (п. 2.1.2. настоящей Программы), с учетом ограничения на Застрахованное лицо, указанного в п. 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 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-компания требуются 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 не более двух соответствующих Экспертных заключений в течение срока действия договора страхования.

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;
- имеющие психические заболевания и/или расстройства;
- состоящие на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах.

3.2. Любые ограничения, предусмотренные Правилами страхования, 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).

3.3. Клиент ООО «СК «Сбербанк страхование жизни», застрахованный ранее, теряет право на получение Второго мнения в случае, если он перестает быть застрахованным по программе «Защита сотрудников».