

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Заместителя Генерального директора  
– Административного директора  
Общества с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»  
от 20 апреля 2017 года № 03-01-01-01/04

**ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0025.СЖ/СЛ.01/05.00**

## 1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0025.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила», «Правила страхования») Страховщик заключает договоры страхования (далее по тексту – «Договор(ы) страхования») со Страхователями.

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. в Приложениях) и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица, 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 страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в т.ч. Приложений к Правилам). Если Приложение к Правилам страхования не применяется, оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования.

1.4. В настоящих Правилах используются следующие определения:

1.4.1. **Аортокоронарное шунтирование** – операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом, заключающаяся в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерии с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий, необходимость проведения и факт проведения которой должны быть подтверждены врачом-специалистом (кардиологом, кардиохирургом) и методом коронарной ангиографии. При этом по смыслу настоящего определения не являются аортокоронарным шунтированием все нехирургические методы воздействия (вмешательства), в том числе, эндоскопические манипуляции, ангиопластика, стентирование, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.

1.4.2. **Врач** - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, практикующий в соответствии с установленными стандартами.

1.4.3. **Временная нетрудоспособность** – временная утрата человеком способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям вследствие временного нарушения здоровья, сопровождающееся оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

1.4.4. **Годовщина действия Договора страхования (полисная годовщина)** – число и месяц даты вступления Договора страхования в силу. При этом, если годовщина действия Договора страхования приходится на месяц, в котором нет соответствующего числа, то датой полисной годовщины считается последний день этого месяца.

1.4.5. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования указывается в Программе (-ах) ДМС, прилагаемой (-ых) к Договору страхования.

1.4.6. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты в пределах страховой суммы, установленный Правилами страхования (в т.ч. в Приложениях) и(или) Договором страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в Договоре страхования) по страховому(ым) риску (ам) / по страховому(ым) случаю(ям)/ по отдельным заболеваниям (состояниям)/ на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении, а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней и т.п.).

1.4.7. **Льготный период** – период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения Договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой). При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим с даты, предшествующей дате начала льготного периода.

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

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

1.4.10. **Несчастный случай** - фактически произошедшее в течение срока страхования 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. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящего определения.

1.4.11. **Злокачественное онкологическое заболевание** - заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение срока страхования.

1.4.12. **Период ожидания** – устанавливаемый при осуществлении страхования по страховому риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, период времени в течение которого, если Застрахованному лицу будет диагностировано заболевание, предусмотренное Программой ДМС, указанной в Договоре страхования, то обращение Застрахованного лица за организацией оказания медицинских и иных услуг в связи с таким заболеванием не является страховым случаем и не влечет возникновения обязательств Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг и их последующей оплате.

Период ожидания указывается в Договоре страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в Договоре страхования) и может устанавливаться, как для всех так и для отдельных заболеваний. Если период ожидания в Договоре страхования (в т.ч. Программе ДМС, указанной в Договоре страхования) не указан, то период ожидания по такому Договору страхования по страховому риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, не установлен.

1.4.13. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, а также порядок и условия организации и оказания таких услуг.

1.4.14. **Профессиональный пилот** – лицо, допущенное к управлению воздушным судном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации или иным применимым законодательством другой страны.

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

1.4.16. **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.

1.4.17. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования и(или) настоящими Правилами страхования.

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

1.4.19. **Травма** – причинение вреда здоровью (нарушение физической целостности организма, повреждение органов и тканей) Застрахованного лица, наступившее вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

1.4.20. **Транспортное происшествие** – несчастный случай, возникший в процессе движения транспортного средства и с его участием.

1.4.21. **Транспортное средство** – любое средство передвижения (устройство), предназначенное для перемещения людей и грузов и относящееся к:

1.4.21.1. транспортным средствам автомобильного транспорта (в т.ч. грузовые, легковые автомобили (в т.ч. такси), мотоциклы, мотороллеры и другие мототранспортные средства, автобусы, троллейбусы, прицепы и полуприцепы, маршрутные транспортные средства, транспортные средства со специализированными кузовами, назначением которых является транспортировка грузов и людей (например, автоцистерны, молоко-, цемента-, муковозы));

1.4.21.2. внеуличному транспорту (в т.ч. метро, трамваи, монорельсовый транспорт);

1.4.21.3. транспортным средствам городского транспорта (в т.ч. наземного электрического транспорта);

1.4.21.4. воздушным судам (в т.ч. самолеты, вертолеты);

1.4.21.5. водным судам (суда всех типов, суда служебно - вспомогательные, спасательные, ледоколы, буксиры, суда лоцманские и пр.);

1.4.21.6. железнодорожным транспортным средствам (локомотивы, вагоны и др.).

1.5. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки.

1.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования при страховании жизни территория действия страхования - весь мир.

1.7. При медицинском страховании медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующей Программой ДМС, могут быть оказаны Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств. При этом в Договоре страхования (Приложениях к нему, в том числе, в Программе ДМС) может быть указан конкретный перечень медицинских организаций, привлекаемых Страховщиком для оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу, и/или государство(-а), на территории которых находятся такие медицинские организации.

## **2. Объекты страхования. Субъекты страхования**

2.1. Объектами страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, предусмотренных подп. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица, а также с его смертью (также по тексту Правил – «страхование жизни»);

2.1.2. в отношении страховых рисков, предусмотренных подп. 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил – «медицинское страхование»).

2.2. В Договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию жизни и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

2.3. Страхователь - дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.4. 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 на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.5. Выгодоприобретателями являются:

2.5.1. По страхованию жизни: одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных с письменного согласия Застрахованного лица, которое(ые) получает(ют) страховую выплату при наступлении страхового случая.

Договором страхования в отношении одного или нескольких страховых рисков может быть предусмотрена очередность, в соответствии с которой лицо может рассматриваться в качестве Выгодоприобретателя. Условия Договора страхования об очередности определяются по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

2.5.2. По медицинскому страхованию: Договор страхования заключен в пользу Застрахованного лица.

2.6. Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования.

В рамках действия настоящих Правил Договор страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующей (-им) категории (-ям):

2.6.1. физические лица в возрасте 17 (семнадцать) лет и менее на дату вступления Договора страхования в силу;

2.6.2. физические лица в возрасте 66 (шестьдесят шесть) лет и более на дату вступления Договора страхования в силу;

2.6.3. физические лица в возрасте 71 (семьдесят один) год и более на дату окончания срока действия Договора страхования;

2.6.4. лица, которым установлена инвалидность 1, 2 или 3 группы, или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу;

2.6.5. лица, больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита человека;

2.6.6. лица, имеющие психические заболевания и/или расстройства;

2.6.7. лица, состоящие на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах;

2.6.8. лица, находящиеся под следствием или осужденные к лишению свободы;

2.6.9. больные злокачественными новообразованиями (злокачественные опухоли);

2.6.10. другие лица по усмотрению Страховщика по итогам оценки страховых рисков.

2.7. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.6 настоящих Правил.

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.

### **3. Страховые риски. Страховые случаи**

3.1. В соответствии с настоящими Правилами Договор страхования может быть заключен с ответственностью по страховым рискам из числа следующих:

3.1.1. Смерть Застрахованного лица (также именуется **«Смерть Застрахованного лица»** или **«Смерть»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является смерть Застрахованного лица, произошедшая в течение срока страхования.

3.1.2. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая (также именуется **«Смерть от несчастного случая»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, когда она наступила в течение 180 (Ста восьмидесяти) календарных дней с даты несчастного случая и в течение срока страхования.

3.1.3. Смерть Застрахованного лица в результате транспортного происшествия (также именуется **«Смерть в результате транспортного происшествия»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования, наступившая в результате транспортного происшествия, произошедшего в течение срока страхования.

3.1.4. Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (также именуется **«Инвалидность 1 или 2 группы»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (далее – «МСЭ») Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 или 2 группы.

3.1.5. 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 с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, 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, произошедшего в течение срока страхования.

3.1.6. Травма Застрахованного лица в результате несчастного случая (также именуется **«Травма в результате несчастного случая»** или **«Травмы»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является получение Застрахованным лицом травмы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

3.1.7. Непрерывная временная нетрудоспособность Застрахованного лица в результате злокачественного онкологического заболевания или проведения аортокоронарного шунтирования (также именуется **«Временная нетрудоспособность»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является наступившая в течение срока страхования непрерывная временная нетрудоспособность Застрахованного лица в результате:

- злокачественного онкологического заболевания, впервые диагностированного Застрахованному лицу в течение срока страхования;
- аортокоронарного шунтирования, проведенного Застрахованному лицу в течение срока страхования, вследствие заболевания, впервые диагностированного Застрахованному лицу в течение срока страхования.

3.1.8. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования № 1 (Приложение № 1 к настоящим Правилам страхования) (далее - Программа ДМС № 1) вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также именуется **«Диагностирование и лечение особо опасных заболеваний»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС № 1, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации и оказанию таких услуг.

3.1.9. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования № 2 (Приложение № 2 к настоящим Правилам страхования) (далее - Программа ДМС № 2), снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также именуется **«Чек-ап»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС № 2, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации и оказанию таких услуг.

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование конкретного Застрахованного лица, указывается в Договоре страхования.

3.3. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.6 настоящих Правил, события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.3.1. в результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний / несчастного случая при заключении Договора страхования;

3.3.2. во время и (или) в связи с участием Застрахованного лица в столкновениях, иных приравняемых к ним событиях, в нарушениях общественного порядка, а также в террористических актах на стороне, явившейся инициатором вышеуказанных событий.

3.3.3. вследствие обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, если при этом не была надлежащим образом исполнена обязанность, предусмотренная подп. 9.3.4 настоящих Правил страхования.

3.4. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3 настоящих Правил, по страховым рискам, указанным в пп. 3.1.2 – 3.1.6 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) события, наступившие во время или в результате:

3.4.1. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления;

3.4.2. пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, содержания Застрахованного лица под стражей;

3.4.3. непосредственного участия Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

3.4.4. управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и(или) без права на управление, либо когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.5. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3 и 3.4 настоящих Правил, по страховым рискам, указанным в подп. 3.1.2 – 3.1.6 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.5.1. по страховым рискам **«Смерть от несчастного случая», «Инвалидность 1 или 2 группы», «Травмы», «Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»:**

3.5.1.1. в результате отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);

3.5.1.2. вследствие полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

3.5.1.3. во время занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, а также события, произошедшие во время соревнований, тренировок и сборов (как на любительском, так и профессиональном уровне);

3.5.1.4. во время занятия следующими видами спорта / увлечениями на любительском уровне: автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), бейсджампинг, воздушные виды спорта (включая планеризм, дельтапланеризм, парасейлинг, парашютный спорт), альпинизм, скалолазание, а также бокс, кикбоксинг, тайский бокс и иные спортивные и боевые единоборства (за исключением: армрестлинг), конный спорт, стрельба, серфинг, дайвинг, катание на водных мотоциклах, виндсерфинг, снорклинг, прыжки с трамплина в воду, парусный спорт, езда на моторном катере, катание на водных лыжах, бокс, кикбоксинг, тайский бокс, езда на горном велосипеде, походы и горный туризм, спелеотуризм, каноинг, каякинг, гребля на байдарке, банджи-джампинг, паркур, зорбинг;

3.5.1.5. в результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий.

3.5.2. по страховому риску **«Смерть в результате транспортного происшествия»:**

3.5.2.1. во время занятия следующими видами спорта / увлечениями на любительском уровне: автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость);

3.5.2.2. вследствие полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

3.6. Дополнительно к событиям, перечисленным в пунктах 3.3 – 3.5 настоящих Правил, по страховому риску **«Смерть от несчастного случая»** не признается страховым случаем (исключение из страхового покрытия) смерть Застрахованного лица, наступившая по истечении 180 (Ста восемьдесят) календарных дней с даты несчастного случая.

3.7. Не признается страховым случаем (исключение из страхового покрытия) по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** событие, наступившее при следующих обстоятельствах:

3.7.1. в результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования;

3.7.2. в результате злокачественного онкологического заболевания, протекающего на фоне вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) или синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), включая саркому Капоши.

3.8. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховому риску **«Диагностирование и лечение особо опасных заболеваний»** и следовательно не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг:

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

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

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

3.8.4. в связи с беременностью, осложнениями беременности, прерыванием беременности, родовспоможением, кесаревым сечением, оплодотворением и (или) лечением бесплодия, добровольной стерилизацией, тесты на беременность и (или) осмотр плода;

3.8.5. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате занятия спортом на профессиональном уровне и (или) при условии членства в профессиональных спортивных клубах или организациях;

3.8.6. в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в Договоре страхования);

3.8.7. в связи с консультацией, диагностикой, лечением импотенции, нарушением сексуальной функции;

3.8.8. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья (заболевания), наступивших в результате работы Застрахованного лица с химическими веществами и газами, включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины, взрывчатыми веществами, ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

3.8.9. связанное с применением экспериментальных методов лечения, требующих одобрения Хельсинкской комиссии и (или) одобрения других профильных объединений / организаций, заменяющих Хельсинкскую комиссию;

3.8.10. связанное с опухолями, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinoma ins situ, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухолями, которые гистологически диагностированы как предраковые;

3.8.11. связанное со злокачественной опухолью кожи и меланомы, 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 меланомой класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;

3.8.12. связанное с заболеваниями кожи следующих типов:

3.8.12.1. гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

3.8.12.2. плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;



3.8.13. связанных с любыми злокачественными новообразованиями, протекающими на фоне вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) или синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), включая саркому Капоши;

3.8.14. связанное с раком предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющийся до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развывшийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона;

3.8.15. связанное с хроническим лимфоцитарным лейкозом стадии А (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);

3.8.16. связанное с заболеваниями, диагностированными Застрахованному лицу до окончания периода ожидания (если он установлен в Договоре страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в Договоре страхования));

3.8.17. связанное с заболеваниями, имевшимися у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, за исключением случая, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний при заключении Договора страхования.

3.9. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.8 настоящих Правил, по страховому риску **«Диагностирование и лечение особо опасных заболеваний»** не признается страховым случаем (исключения из страхового покрытия) и следовательно не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием следующих медицинских услуг и иных услуг:

3.9.1. услуг по реабилитации, за исключением услуги по реабилитации после проведения аортокоронарного шунтирования, в случае когда она предусмотрена Программой ДМС, указанной в Договоре страхования;

3.9.2. колоноскопия, гастроскопия и гистероскопия, если они не являются частью лечения, назначенного Застрахованному лицу лечащим врачом в соответствии с Программой ДМС;

3.9.3. экспертиза, лабораторные исследования, рентгенография, лучевая терапия, инъекции, закапывания капель, диагностические и радиологические исследования, такие как КТ и МРТ, если они не являются частью лечения, проводимого в соответствии с Программой ДМС;

3.9.4. стоматологические услуги, в том числе услуги стоматолога-хирурга;

3.9.5. медицинских и иных услуг, не предусмотренных Договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в Договоре страхования)

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

3.10. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховому риску **«Чек-ап»** и следовательно не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг:

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

3.10.2. в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в Договоре страхования);

3.10.3. медицинских услуг, не предусмотренных Договором страхования (в т.ч. Программой страхования, указанной в Договоре страхования) или получения медицинских услуг в объеме большем, чем предусмотрено Договором страхования (в т.ч. Программой страхования, указанной в Договоре страхования).

3.11. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования (в том числе в Программе ДМС, указанной в Договоре страхования) может быть предусмотрен перечень исключений из страхового покрытия, отличающийся от указанного в п. 3.3 – 3.10 настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными исключениями из страхового покрытия. В частности, Договором страхования может быть сокращен перечень видов спорта / увлечений, содержащийся в подп. 3.5.1.4 настоящих Правил, в отношении одного или нескольких страховых рисков. Также при заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении оснований освобождения Страховщика от страховой выплаты, указанных в п.п. 8.16.2 – 8.16.4 настоящих Правил страхования.

3.12. События, определенные в п. 3.3 – 3.10 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

#### **4. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия.**

4.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Страховом полисе.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховая сумма устанавливается отдельно по каждому страховому риску и является постоянной в течение всего срока действия Договора страхования.

4.2. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте. По соглашению Сторон страховая сумма в Договоре страхования может быть установлена в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (далее также – «страхование в эквиваленте»), при этом сумма определяется по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату заключения Договора страхования, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены 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, профессии / профессиональной деятельности / рода занятий и состояния здоровья Застрахованного лица, перечня исключений из страхового покрытия), и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования страховая премия оплачивается в рассрочку в виде страховых взносов. Порядок и сроки оплаты страховой премии (страховых взносов) устанавливаются Договором страхования.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховые взносы оплачиваются равными платежами в течение установленного Договором страхования периода времени со следующей периодичностью: ежегодно, ежеквартально или ежемесячно.

При «страховании в эквиваленте» страховая премия (страховые взносы при оплате в рассрочку) оплачивается в российских рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату платежа, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в Договоре страхования.

4.5. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и (или) сроков оплаты страховой премии, при неоплате первого страхового взноса в полном объеме и до истечения срока, указанного в Страховом полисе, 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) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

4.5.1. возврат денежных средств производится в рублях;

4.5.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте или при «страховании в эквиваленте», возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

4.6. В случае если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней, если предусмотрена ежегодная или ежеквартальная оплата страховых взносов, или 30 (тридцать) календарных дней, если предусмотрена ежемесячная оплата страховых взносов.

Льготный период исчисляется с даты, установленной в Договоре страхования для оплаты страхового взноса, внесение которого просрочено.

При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода действие Договора прекращается со дня следующего за днем окончания льготного периода.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса).

4.7. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) и(или) о факте прекращения Договора страхования по основанию, указанному в п. 7.1.2 настоящих Правил страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, указанным в п. 5.7 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

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

4.8.1. при безналичных формах расчетов:

- дата списания денежных средств с расчетного счета Страхователя для их перечисления на указанный в Договоре страхования расчетный счет Страховщика, если Страхователем по Договору страхования является физическое лицо;

- дата зачисления денежных средств на указанный в Договоре страхования расчетный счет Страховщика, если Страхователем по Договору страхования является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель.

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

4.9. При страховании жизни при наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

## **5. Порядок заключения, оформления и исполнения Договора страхования**

5.1. Договор заключается на основании письменного заявления Страхователя путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем Страхового полиса по установленной Страховщиком форме (далее и выше по тексту именуется «Страховой полис»).

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

5.2.1. Письменное Заявление (включая приложения и дополнения к нему (при наличии)) по установленной Страховщиком форме, а, если форма не предусмотрена, - в произвольной форме.

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 в п. 5.3 настоящих Правил (если применимо).

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

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

5.2.12. Сведения и (или) документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, в области персональных данных).

5.2.13. согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия).

5.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страховых рисков и может при этом:

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;

- сведения о состоянии здоровья (в т.ч., о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, о наличии/отсутствии определенных симптомов и (или) состояниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (включая, сведения о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах, в т.ч. планируемых/госпитализации/сведения, связанные с беременностью (для женщин), о рекомендованных и (или) планируемых исследованиях организма);

- сведения о наличии/отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);

- 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 об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью и (или) нахождением под следствием и (или) нахождением в местах лишения свободы, сведения о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере);

- сведения о принимаемых медицинских препаратах;

- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т. ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств));

- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);

- сведения о месте жительства/временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);

- сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);

- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;

- сведения об иждивенцах;

- 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).

5.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика.

5.4. 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. Согласно настоящим Правилам страхования к таким обстоятельствам относятся сведения, указанные в п. 5.3 Правил страхования.

5.4.1. Форма предоставления указанных в п. 5.2 и п. 5.3 настоящих Правил 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 п. 5.3 настоящих Правил 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 / Выгодоприобретателем.

5.5. 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 лицом, имеющим намерение заключить Договор страхования/ потенциальным 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 лицо, имеющее намерение заключить Договор страхования.

5.6. При наличии согласия Страхователя, подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Страхового полиса со стороны Страховщика.

При наличии согласия Страхователя, 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 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 Страховом полисе или 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 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.

Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами страхования.

В частности, Стороны вправе договориться об изменении следующих условий страхования:

5.8.1. размер / порядок оплаты страховой премии / страховых взносов;

5.8.2. размер страховой суммы;

5.8.3. срок страхования;

5.8.4. изменение перечня страховых рисков и исключений из страхового покрытия;

5.8.5. изменение условий страхования в связи с увеличением страхового риска (п. 5.10 Правил страхования).

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, Страхователь вправе обратиться по вопросам внесения изменений в Договор страхования (кроме установленных подп. 5.8.5 Правил) в срок не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты предполагаемого внесения изменений.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, размеры страховых сумм / страховой премии (страховых взносов), перечень страховых рисков и исключений из страхового покрытия, срок страхования подлежат изменению в годовщину действия Договора 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. Если в период действия Договора страхования Страховщик получит уведомление Страхователя об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. При этом, Страхователь должен приложить к уведомлению сведения и/или документы согласно п. 5.2 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе руководствоваться п. 5.3 и п. 5.4.1 Правил.

Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: 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 об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.), сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.11. В случае утери Страхового полиса Страховщик на основании составленного в свободной форме письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный Страховой полис считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производится.

## **6. Срок действия Договора страхования**

6.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.

6.2. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для Сторон с даты, указанной в Договоре страхования и при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен Договором страхования.

6.3. Срок действия Договора страхования указывается в Страховом полисе посредством указания даты вступления Договора страхования в силу и даты окончания действия Договора страхования и/или посредством указания периода времени.

6.4. Срок страхования может определяться посредством указания в Договоре страхования даты его начала и даты окончания и/или периода времени.

Соглашением Сторон могут предусматриваться разные сроки начала и (или) окончания срока страхования для каждого или отдельных страховых рисков.

Срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

При этом досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам.

## **7. Прекращение Договора страхования**

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

7.1.1. при одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.5 Правил страхования;

7.1.2. при неоплате (в т.ч. оплате не в полном размере) очередного страхового взноса в течение льготного периода. При этом Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания льготного периода.

Досрочное прекращение Договора страхования в связи неоплатой очередного страхового взноса не освобождает Страхователя от обязанности оплатить часть страховой премии за период в течение которого действовало страхование.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса).

7.1.3. в случае расторжения Договора страхования согласно п. 5.10 настоящих Правил страхования;

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

7.1.5. по соглашению Сторон;

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

7.2. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.5 настоящих Правил страхования (если Стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.3. 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) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

7.3.1. возврат денежных средств производится в рублях;

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

7.4. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным п.п. 7.1.1 – 7.1.3 настоящих Правил страхования, возврат страховой премии (ее части) не производится. При этом, Стороны исходят из следующего:

7.4.1. по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, Страховщик формирует страховые резервы в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными актами органа страхового надзора;

7.4.2. при страховании жизни выкупная сумма по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, равняется нулю. Данное условие является одним из существенных при установлении размера страхового тарифа по Договору страхования и, соответственно, размера страховой премии.

7.5. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

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

7.5.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в т.ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

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

7.5.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.4 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных в законодательстве обстоятельств.

## 8. Страховые выплаты. Основания отказа в страховой выплате

8.1. Страховые выплаты осуществляется в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах (в т.ч. в Приложениях к Правилам) и Договором страхования.

8.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил, Страхователь / Застрахованное лицо / Выгодоприобретатель должен известить об этом Страховщика в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении этого события.

8.3. В целях организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС, Застрахованное лицо должно в порядке, указанном в Правилах страхования и/или в Договоре страхования (в том числе, в соответствующей Программе ДМС, указанной в Договоре страхования) обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае, ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС).

8.4. В отношении страховых рисков, указанных в п.п. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил страхования, при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

8.4.1. Страховой полис;

8.4.2. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) от каждого заявителя отдельно;

8.4.3. документ, удостоверяющий личность заявителя, и (или) документы, подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака);

8.4.4. согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия).

8.4.5. дополнительные документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (если применимо). Наиболее распространенными в этой связи документами могут быть свидетельство о праве на наследство (для наследника), справка от нотариуса в производстве которого находится наследственное дело, содержащая информацию о лицах, являющихся наследниками, с указанием всего круга всех наследников (для подтверждения статуса наследников);

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

8.4.7. документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т.ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);

8.4.8. дополнительно к документам, указанным в п.п. 8.4.1 – 8.4.7 настоящих Правил по страховым рискам **«Смерть»**, **«Смерть от несчастного случая»**, **«Смерть в результате транспортного происшествия»** представляются (с учетом того, что применимо):

8.4.8.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица;

8.4.8.2. 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;

8.4.8.3. 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. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.4.8.4. если событие произошло в результате иных причин, Страховщику должны быть представлены акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); 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.

8.4.9. дополнительно к документам, указанным в п.п. 8.4.1 – 8.4.7 настоящих Правил по страховым рискам **«Инвалидность 1 или 2 группы»**, **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

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

8.4.9.2. справки, выданные федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности), а также официальные документы компетентной организации, содержащие причины (основной диагноз) в отношении установленных ранее групп инвалидности;

8.4.9.3. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в связи с этим документами являются направление на медико-социальную экспертизу и (или) обратный талон и (или) протокол медико-социальной экспертизы;

8.4.9.4. 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. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.4.9.5. если событие произошло в результате иных причин, Страховщику должны быть представлены акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); 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.

8.4.10. дополнительно к документам, указанным в п.п. 8.4.1 – 8.4.7 настоящих Правил, по риску **«Травмы»** с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним) предоставляются:

8.4.10.1. 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. Наиболее распространенными в этой связи документами являются: выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.4.10.2 результаты лабораторных и инструментальных исследований, протоколы выполненных операций и манипуляций (например, рентгеновские снимки и их описание) (в случае необходимости);

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

8.4.11. дополнительно к документам, указанным в п.п.8.4.1 – 8.4.7 настоящих Правил, по риску **«Временная нетрудоспособность»** предоставляются:

8.4.11.1. закрытый листок нетрудоспособности или в качестве альтернативного документа предоставляется справка или иной документ из медицинской организации, в котором должны быть указаны сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение;

8.4.11.2. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 12 месяцев, предшествующих вступлению Договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях, а также документы, содержащие результаты гистологического и (или) цитологического исследования(-ий), на основании которого(-ых) Застрахованному лицу было диагностировано злокачественное онкологическое заболевание, в случае если временная нетрудоспособность Застрахованного лица наступила в результате такого заболевания;

8.4.11.3. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

8.4.11.4. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре.

8.5. В целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой(-ами) ДМС, указанной(-ыми) в Договоре страхования, Застрахованное лицо должно:

8.5.1. обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае, ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС) и сообщить в письменной форме либо иным способом, позволяющим зафиксировать факт обращения (в т.ч., по факсу, по электронной почте, по телефону), информацию о необходимых медицинских и иных услугах и о расстройстве здоровья (в т.ч. поставленном диагнозе) или состоянии Застрахованного лица, потребовавшем организации и оказания ему таких услуг;

8.5.2. предъявить документ, удостоверяющий личность и сообщить номер и дату Страхового полиса (с предъявлением Страхового полиса по требованию Страховщика), а также предоставить согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

8.5.3. предоставить по запросу Страховщика (Сервисной компании и/или медицинской организации, привлеченных Страховщиком для оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой(-ами) ДМС, указанной(-ыми) в Договоре страхования):

8.5.3.1. медицинские документы лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица;

8.5.3.2. заключение врача-специалиста в предметной области (в частности, онколога, кардиолога, и т. п.) с указанием диагноза, потребовавшего оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, анамнез заболевания;

8.5.3.3. документ, содержащий результаты гистологического и (или) цитологического исследования(-ий), на основании которых Застрахованному лицу было диагностировано злокачественное онкологическое заболевание, результаты лабораторных, клинических и прочих исследований, дополнительных методов исследования, проведенных Застрахованному лицу;

8.5.3.4. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях;

8.5.3.5. медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства об отсутствии обращений за последние пять лет (при диагностировании онкологического заболевания);

8.5.3.6. медицинские документы о состоянии здоровья Застрахованного лица, предусмотренные Программой(-ами) ДМС, являющейся(-имся) приложением(-ми) указанной в Договоре страхования, которые необходимы для оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных программой ДМС.

8.6. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п.п. 8.4.5 – 8.4.11, п. 8.5.3 настоящих Правил страхования, 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.

8.7. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 8.4, п. 8.5 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.8. Указанный в п. 8.4, п. 8.5 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.

8.9. При непредставлении Страхователем (Застрахованным лицом, 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.

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

8.11. Решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил, принимается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов.

Решение о страховой выплате принимается Страховщиком путем утверждения им страхового акта.

В случае принятия решения о страховой выплате страховая выплата производится одновременно в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения путем безналичного перечисления денежных средств или иным способом по согласованию с Выгодоприобретателем.

8.12. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

8.13. Страховые выплаты при наступлении страховых случаев по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил страхования, определяются в следующем порядке:

8.13.1. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Смерть»** (п. 3.1.1 Правил страхования) – в размере 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному страховому риску.

8.13.2. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Смерть в результате несчастного случая»** (п. 3.1.2 Правил страхования) – в размере 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному страховому риску.

8.13.3. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Смерть в результате транспортного происшествия»** (п. 3.1.3 Правил страхования) – в размере 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному страховому риску.

8.13.4. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Инвалидность 1 или 2 группы»** (п. 3.1.4 Правил страхования) – в размере 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному страховому риску.

8.13.5. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»** (п. 3.1.5 Правил страхования) – в размере 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному страховому риску.

8.13.6. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Травмы»** (п. 3.1.6 Правил страхования) – в проценте от страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному страховому риску, указанном в «Таблице размеров страховых выплат по страховому риску «Травмы»» (Приложение № 3 к Правилам страхования) для соответствующего вида полученной травмы.

8.13.7. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** (п. 3.1.7 Правил страхования) – в размере 0,2 % (ноль целых две десятых процента) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному страховому риску, за каждый календарный день непрерывной временной нетрудоспособности с 16 (шестнадцатого) календарного дня, но не более чем за 90 (девяносто) календарных дней подряд. При этом общее количество календарных дней временной нетрудоспособности, за которые Страховщик производит страховую выплату по всем случаям временной нетрудоспособности, наступившим в результате одного и того же злокачественного онкологического заболевания или одного и того же аортокоронарного шунтирования, не может превышать 90 (девяносто) дней в течение всего срока страхования, установленного в Договоре страхования по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»**.

8.13.8. В случае, если наступившее событие является страховым случаем одновременно по нескольким предусмотренным Договором страхования страховым рискам из числа следующих: **«Смерть»** (п. 3.1.1 Правил страхования), **«Смерть от несчастного случая»** (п. 3.1.2 Правил страхования), **«Смерть в результате транспортного происшествия»** (п. 3.1.3 Правил страхования), то страховые выплаты по каждому из наступивших страховых случаев рассчитывается отдельно, исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, и производятся независимо от страховых выплат по страховым случаям по другим страховым рискам, из числа указанных в настоящем пункте Правил страхования.

8.13.9. В случае если наступившее событие является страховым случаем одновременно по страховому риску **«Инвалидность 1 или 2 группы»** (п. 3.1.4 Правил страхования) и по страховому риску **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»** (п. 3.1.5 Правил страхования) (когда оба указанных страховых риска предусмотрены Договором страхования), то страховые выплаты по каждому из наступивших страховых случаев рассчитывается отдельно, исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, и производятся независимо от страховых выплат по страховому случаю по другому страховому риску, из числа указанных в настоящем пункте Правил страхования.

8.14. Страховые выплаты по страховым рискам, указанным в п. 3.1.8 и в п. 3.1.9 настоящих Правил страхования определяются и осуществляются в следующем порядке:

8.14.1. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу.

Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и медицинских организаций с последующей оплатой таким медицинским организациям и сервисным компаниям, организованных и оказанных ими медицинских и иных услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, на основании документов, предоставленных такими организациями: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

8.14.2. Медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующей Программой ДМС, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в

медицинской организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора страхования и качество таких услуг.

8.14.3. Страховщик организует оказание медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Договором страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в Договоре страхования):

8.14.3.1. до окончания срока страхования, установленного в Договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в п.п. 8.14.3.2, 8.14.3.3 настоящих Правил страхования;

8.14.3.2. до даты их фактического оказания – в случаях если в течение срока страхования Страховщик признал событие страховым случаем и принял решение об оплате определенных медицинских и иных услуг в порядке предусмотренном в п. 8.14.5 настоящих Правил страхования, но на дату окончания страхования, установленного в Договоре страхования по соответствующему страховому риску, такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

8.14.3.3. до момента окончания посмертной репатриации останков Застрахованного лица - в случае если смерть Застрахованного лица наступила после окончания срока страхования, но во время оказания ему медицинских услуг, указанных в подп. 8.14.3.2 настоящих Правил, и Страховщик до окончания срока страхования в порядке, предусмотренном в п. 8.14.5 настоящих Правил страхования, принял на себя обязательства по организации и оплате обратного проезда Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

8.14.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, или лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), предусмотренных Договором страхования.

8.14.5 Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС, указанной в Договоре страхования, непосредственно сервисным компаниям и медицинским организациям, организовывающим и оказывающим такие услуги.

Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организация и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.

8.15. Договором страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), указанные ниже в настоящем пункте и в Приложении (-ях) к настоящим Правилам страхования:

8.15.1. По страховым рискам **«Травмы», «Диагностирование и лечение особо опасных заболеваний»** страховые выплаты по всем страховым случаям, наступившим по соответствующему страховому риску в течение одного и каждого года с начала срока страхования по соответствующему страховому риску, не могут превышать размера страховой суммы, установленного Договором страхования по соответствующему страховому риску. Превышающая(ие) лимит сумма(ы) (часть суммы) не подлежит(ат) выплате.

8.15.2. Размер страховых выплат по страховым рискам **«Инвалидность 1 или 2 группы», «Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая», «Временная нетрудоспособность»** за весь срок страхования по соответствующему страховому риску не может превышать размера страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску. Превышающая(ие) лимит сумма(ы) (часть суммы) не подлежит(ат) выплате.

При осуществлении страховой выплаты по страховым рискам **«Инвалидность 1 или 2 группы», «Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»** обязательства Страховщика по соответствующему страховому риску считаются полностью исполненными и страхование по нему прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств.

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

8.16.1. 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 полных лет;

8.16.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

8.17. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

8.17.1. 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 (раздел 3 Правил страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования);

8.17.2. сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом, возможен частичный отказ в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;

8.17.3. событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения Договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

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

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

## 9. Права и обязанности

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, по требованиям Страхователей, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования;

9.1.2. при признании события страховым случаем и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке, установленном в разделе 8 настоящих Правил или Договоре страхования;

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

9.1.4. предоставить Страхователю информацию о лицензии Страховщика, контактах (место нахождения, телефон/факс) и режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемых Страхователем / Застрахованным лицом, 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;

9.2.3. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

9.2.4. уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного(ых) страхового(ых) взноса(ов) (в т.ч. посредством смс-рассылок);

9.2.5. осуществлять контроль и оценку качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления в любой форме и любым способом по усмотрению Страховщика;

9.2.6. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (п. 5.10 Правил), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в п.5.10 Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

9.2.7. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

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

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

9.3.3. незамедлительно уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования (кроме изменений, предусмотренных п. 5.10 Правил страхования). При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

9.3.4. уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п. 5.10 настоящих Правил страхования. Указанное в настоящем подпункте уведомление (с приложениями (если предусмотрены)) подлежит направлению в письменной форме в срок не позднее 2 (Двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом, Стороны могут согласовать иные сроки представления уведомления (приложений к нему);

9.3.5. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страхованию жизни, 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. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);

9.4.4. получить дубликат Страхового полиса в случае его утраты;

9.4.5. отказаться от исполнения Договора страхования в любой момент и уведомить об этом Страховщика;

9.4.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования

9.5.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации

9.5.3. по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.8 – 3.1.9 настоящих Правил:

9.5.3.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программы ДМС, указанной в Договоре страхования);

9.5.3.2. сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

9.6. Застрахованное лицо обязано по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.8 – 3.1.9 настоящих Правил:

9.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские и иные услуги, предусмотренные Договором страхования;

9.6.2. не передавать Договор страхования другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

9.6.3. обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае, если такая компания указана в Договоре страхования (в том числе, в Программе ДМС) в порядке, указанном в настоящих Правилах страхования и/или в Договоре страхования (в том числе, в Программе ДМС) в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

9.7. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами страхования и(или) действующим законодательством Российской Федерации.

9.8. 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 соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Споры между юридическими лицами разрешаются 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 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.