

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 01.06.2018 № Пр-УПС/04-01-01-01-11/0040-1

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0054.СЖ/СЛ.01/05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0054.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает договоры страхования (далее по тексту – «договоры страхования») со Страхователями.

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. Приложениях) и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (включая приложения) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю. При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде.

Приложения к Правилам страхования являются их неотъемлемыми частями.

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

1.4. В настоящих Правилах страхования используются следующие определения:

1.4.1. **Авиакатастрофа** – авиационное происшествие (событие, связанное с использованием воздушного судна), приведшее к получению лицом, находившемся на борту воздушного судна, телесного повреждения со смертельным исходом (за исключением тех случаев, когда телесные повреждения получены вследствие естественных причин, нанесены самому себе либо нанесены другими лицами, или когда телесные повреждения нанесены безбилетным пассажирам, скрывающимся вне зон, куда обычно открыт доступ пассажирам и членам экипажа), к гибели или пропаже без вести кого-либо из пассажиров или членов экипажа воздушного судна, включая случаи гибели кого-либо из лиц, находившихся на борту воздушного судна, в процессе их аварийной эвакуации из воздушного судна.

1.4.2. **Врач-специалист** – специалист, имеющий медицинское образование, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности

которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

1.4.3. **Выгодоприобретатель** - одно или несколько лиц, которым принадлежит право на получение страховой выплаты.

1.4.4. **Выкупная сумма** – сумма, определенная Договором страхования, выплачиваемая Страхователю при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, то выкупная сумма может быть установлена в виде числа или процента (от страховой суммы (или страхового резерва или страховой премии (взноса) и т.п.), а также может равняться нулю.

1.4.5. **Железнодорожная катастрофа** – крушение или авария железнодорожного состава, повлекшая за собой гибель одного или нескольких людей.

1.4.6. **Занятие спортом на профессиональном уровне** – систематические занятия любым видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие участие в спортивных соревнованиях, направленное на получение дохода.

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 в дату оплаты очередного страхового взноса.

1.4.8. **Несчастный случай** – фактически произошедшее с Застрахованным лицом в течение срока страхования внезапное, непредвиденное и не зависящее от воли Застрахованного лица внешнее событие, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой смерть Застрахованного лица или установление ему инвалидности 1 или 2 группы. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящего определения.

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

1.4.10. **Ребенок/Дети** – несовершеннолетний(-ие) ребенок/дети в возрасте от 1 года до 17 лет (включительно), которым на дату, определенную Договором страхования, Страхователь приходится законным представителем (родителем или усыновителем, опекуном или попечителем), отчимом, мачехой

1.4.11. **Срок страхования** – период времени, определяемый Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение, которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами страхования и Договором страхования.

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

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

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

1.4.15. **Страховой случай** – произошедшее в период действия Договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого Страховщик обязан произвести страховую выплату.

1.4.16. **Страховая сумма** – денежная сумма, определенная Договором страхования, исходя из которой определяется размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

1.4.18. Под **Медицинскими услугами и иными услугами** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:

1.4.18.1. **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.

1.4.18.2. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по транспортировке, в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе ДМС, прилагаемой (-ых) к договору страхования.

1.4.19. Под **«медицинскими организациями»** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – **«медицинские организации»**);

1.4.20. Под **«иными организациями»** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:

1.4.20.1. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим

законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);

1.4.20.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – **«сервисные компании»** или **«асисстанс-компании»**).

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

1.4.22. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющейся неотъемлемой частью договора страхования (при страховании по рискам из числа, указанных в подп. 3.1.8, 3.1.9 Правил страхования), в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также могут быть указаны порядок их оказания и иные положения, предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.

1.4.23. **Программа страхования** – один или комбинация нескольких страховых рисков, с ответственностью по которым заключается договор страхования.

1.5. Приложениями к Правилам страхования могут быть предусмотрены дополнительные термины, не указанные в настоящем разделе.

1.6. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страхование, обусловленное договором, действует 24 часа в сутки.

1.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, территорией действия страхования (территорией страхования) является весь мир.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, при медицинском страховании медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующим приложением к Правилам страхования, оказываются Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся на территории Российской Федерации.

2. Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектами страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков **«Дожитие застрахованного лица»**, **«Смерть от несчастного случая»**, **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»**, **«Смерть Застрахованного лица»**, **«Инвалидность 1 или 2 группы»**, **«Смерть вследствие авиа- или ж/д катастрофы»**, **«Смерть с возвратом взносов»**: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица (также по тексту Правил страхования (включая

приложения), а также по тексту договора страхования и других связанных со страховой услугой документов, – **«страхование жизни»**);

2.1.2. в отношении страховых рисков **«второе экспертное медицинское мнение»** и **«дистанционные медицинские консультации»**: 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 страхования (включая приложения), а также по тексту договора страхования и других связанных со страховой услугой документов, – **«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. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее деятельность по страхованию на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.4. Страхователь – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.5. Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен договор страхования.

2.6. По Договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, Застрахованным лицом является Страхователь, если иное не будет предусмотрено Договором страхования.

2.7. Выгодоприобретателями являются:

2.7.1. По страхованию жизни: Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, а в случае его смерти – наследники Застрахованного лица. Страхователь вправе заменить названного(ых) в настоящем пункте Правил страхования Выгодоприобретателя(ей), письменно уведомив об этом Страховщика.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

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

2.8. Лица, которые на момент заключения Договора страхования могут быть отнесены к нижеследующей(им) категории(ям), при применении стандартного страхового тарифа могут быть застрахованы только по рискам **«Смерть от несчастного случая»**, **«Дожитие Застрахованного лица»**, **«Смерть вследствие авиа- или ж/д катастрофы»**, **«Дистанционные медицинские консультации»**:

2.8.1. Лица, состоящие на учете в наркологическом и/или психоневрологическом, диспансере(-ах);

2.8.2. Недееспособные лица, в случае если Договор страхования будет признан действительной сделкой в порядке, предусмотренном действующим законодательством;

2.8.3. Лица, страдающие злокачественными онкологическими заболеваниями; заболеваниями, вызванными воздействием радиации;

2.8.4. Лица, страдающие следующими заболеваниями (и/или проходившие лечение в течение последних 5 (пяти) лет в связи с такими заболеваниями): сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, артериальная гипертензия (гипертония), порок сердца, нарушение ритма, атеросклероз, кардиосклероз), сахарным диабетом, параличом, какими-либо заболеваниями легких (за исключением острых респираторных заболеваний), головного мозга, печени (в том числе гепатит), желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы (за исключением хронического тиреоидита, гипотиреоза), эпилепсией, заболеваниями костно-мышечной системы (за исключением остеохондроза); заболеваниями крови (за исключением железодефицитной анемии легкой степени);

2.8.5. Лица, обращавшиеся за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, лица, являющиеся ВИЧ-инфицированными, больные СПИДом;

2.8.6. Инвалиды 1-й, 2-й или 3-ей группы или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу;

2.8.7. Военнослужащие, а также лица, трудовые (должностные) обязанности которых связаны с деятельностью на высоте, под землей, под водой, с радиацией, взрывчатыми веществами, огнем, хищными животными, включая работу по профессиям: сотрудник ОМОН/СОБР/ОДОН, сотрудник ГИБДД, дружинник, инкассатор, вооруженный охранник, телохранитель, спасатель, работник горнодобывающей, нефтяной, атомной, химической или сталелитейной промышленности (за исключением лиц, работающих в офисе), каскадер, испытатель, член экипажа воздушного судна.

2.9. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.8 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. Договоры страхования по настоящим Правилам страхования могут быть заключены с ответственностью по страховому(-ым) риску(-ам) из числа следующих:

3.1.1. **Дожитие Застрахованного лица до установленной даты.** Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до окончания срока действия договора страхования, установленного договором страхования (с учетом исключений из страхования, если установлены). Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«дожитие Застрахованного лица»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.2. **Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая** Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования, в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования. Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«Смерть от несчастного случая»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.3. **Инвалидность 1 или 2 группы Застрахованного лица в результате несчастного случая.** Страховым случаем является установление в течение срока страхования бюро Медико-социальной экспертизы (далее также – бюро МСЭ) Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования. Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.4. **Смерть Застрахованного лица.** Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования. Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«Смерть Застрахованного лица», «Смерть»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.5. **Инвалидность 1 или 2 группы Застрахованного лица.** Страховым случаем является установление в течение срока страхования бюро МСЭ Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы. Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«Инвалидность 1 или 2 группы»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.6. **Смерть Застрахованного лица в результате авиакатастрофы или железнодорожной катастрофы.** Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования, в результате авиакатастрофы или железнодорожной катастрофы, произошедшей в течение срока страхования. Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«Смерть вследствие авиа- или ж/д катастрофы»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.7. **Смерть Застрахованного лица в результате события, не являющегося несчастным случаем, авиакатастрофой или железнодорожной катастрофой.** Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования, в результате события, не являющегося несчастным случаем, авиакатастрофой,

железнодорожной катастрофой. Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«Смерть с возвратом взносов»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.8. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Приложением №1 к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 1 **«Дистанционные медицинские (телемедицинские) консультации»**» (далее – «Программа №1») вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также именуется **«Дистанционные медицинские консультации»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №1.

3.1.9. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Приложением №2 к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 2 **«Второе экспертное медицинское мнение»**» (далее – «Программа №2») вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (также именуется **«Второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №2.

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование конкретного Застрахованного лица, указывается в Страховом полисе. В отношении отдельных категорий лиц Договором страхования может быть предусмотрено ограниченное страховое покрытие.

3.2.1. при страховании по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.8, 3.1.9 Правил страхования, Стороны при заключении договора страхования могут договориться об изменении объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, указанных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования (в том числе об уменьшении (увеличении) перечня медицинских и (или) иных услуг), об изменении областей медицины, об исключении отдельных заболеваний (состояний), при которых Страховщик организует оказание медицинских и иных услуг и оплачивает такие услуги, о сокращении (увеличении) перечня специалистов, проводящих плановые консультации).

3.3. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.2 – 3.1.7 настоящих Правил страхования, события, наступившие в результате и/или во время:

3.3.1. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления;

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

3.3.3. полета Застрахованного лица на летательном аппарате в качестве пассажира, члена экипажа, тренера, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

3.3.4. непосредственного участия Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего, а также во время исполнения Застрахованным лицом своих должностных и иных обязанностей на высоте, под землей, под водой, с радиацией, взрывчатыми веществами, огнем, хищными животными, включая работу по профессиям: сотрудник ОМОН/СОБР/ОДОН, сотрудник ГИБДД, дружинник, инкассатор, вооруженный охранник, телохранитель, спасатель, работник горнодобывающей, нефтяной, атомной, химической или сталелитейной промышленности (за исключением лиц, работающих в офисе), каскадер, испытатель, член экипажа воздушного судна;

3.3.5. занятий Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне (кроме настольных видов спорта), включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятий Застрахованного лица следующими видами спорта/увлечениями (вне зависимости от уровня): авто-/ мотоспортом, конным спортом, рафтингом, катанием на водных мотоциклах, воздушными видами спорта (включая, но не ограничиваясь: парашютный спорт, скайсерфинг, параглайдинг, дельтапланеризм), управления Застрахованным лицом летательным аппаратом, подводными видами спорта, а также занятий Застрахованным лицом альпинизмом, спелеотуризмом, контактными и боевыми единоборствами, стрельбой, сафари, паркур, участия в любых соревнованиях на скорость и в подготовке к ним, за исключением легкой атлетики и плавания;

3.4. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3 настоящих Правил, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.2 – 3.1.5, 3.1.7 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие во время и/или в результате:

3.4.1. управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя превышающее допустимое количество промилле, установленное действующим законодательством Российской Федерации на момент наступления страхового случая), наркотического или токсического опьянения, а также управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;

3.4.2. прямо или косвенно связанные с психическими заболеваниями Застрахованного лица, расстройствами нервной системы, эпилептическими припадками, конвульсиями;

3.4.3. нахождения Застрахованного лица в состоянии токсического, наркотического или алкогольного опьянения при концентрации алкоголя 1 (одно) промилле и более, за исключением случаев, когда такое событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо являлось при этом пассажиром такси, автобуса, трамвая, троллейбуса, или иного общественного транспорта;

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

3.4.5. во время отбывания наказания в виде лишения свободы, пребывания в местах содержания под стражей;

3.4.6. пластических операций или косметического лечения, а также их последствий.

3.5. Дополнительно к событиям, перечисленным в п.п. 3.3, 3.4 настоящих Правил, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.4, 3.1.5 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие во время и/или в результате:

3.5.1. заболевания и/или состояния, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (также по тексту - СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (также по тексту - ВИЧ-инфекция), включая мутацию или другое состояние. При этом настоящее исключение из страхования не применяется, если:

- заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных /внутримышечных инъекций препаратов, предписанных врачом или при трансплантации органов;

- Застрахованное лицо принято на страхование в соответствии с п. 2.9 настоящих Правил страхования;

3.5.2. в результате профессионального или общего заболевания / несчастного случая, имевшегося / произошедшего у Застрахованного лица до начала срока страхования по соответствующему страховому риску.

3.6. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3 настоящих Правил страхования, по страховому риску, указанному в п. 3.1.6 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие, в результате действий Застрахованного лица, когда Застрахованное лицо самовольно проникло на воздушное судно и скрывалось вне зон, куда открыт доступ пассажирам и членам экипажа.

3.7. Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п.п. 3.3 – 3.6 настоящих Правил страхования, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными исключениями из страхового покрытия. Также при заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении оснований освобождения Страховщика от страховой выплаты, указанных в п. 10.1 настоящих Правил страхования.

4. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии (страховых взносов). Порядок уплаты страховой премии.

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.

4.2. Стороны могут договориться об установлении различных страховых сумм по одному или нескольким страховым рискам.

4.3. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховая сумма является постоянной и устанавливается в российских рублях.

4.4. Стороны могут договориться о том, что страховая сумма по Договору в целом или по отдельному(ым) страховому(ым) риску(ам) является изменяемой в течение срока действия Договора страхования, и установить порядок ее определения.

4.5. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

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

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, и иных факторов Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.6. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон страховая премия оплачивается в рассрочку равными взносами.

4.7. Страховая премия (страховые) взносы подлежит уплате Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены Договором страхования.

При этом если Договор страхования заключается в порядке, предусмотренном в п. 6.1.2 настоящих Правил страхования, то Договором страхования может быть предусмотрено, что размер страхового взноса определяется Страхователем из числа предложенных Страховщиком и содержащихся в Страховом полисе. Размер страхового взноса по Договору страхования указывается в Платежном поручении.

4.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется Льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней (если иной меньший срок не установлен в Договоре страхования) для оплаты такого взноса (далее – Льготный период).

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).

4.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования датой оплаты страховой премии/страхового взноса Страхователем является:

- при безналичных формах расчетов обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (дата оплаты страховой премии (страхового взноса));

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

4.10. 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, и/или иным информационным источникам, указанным в п. 6.3, п. 6.9.2, п. 6.9.3 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащие уведомление и считается сделанным в письменной форме.

4.11. Если страховой случай наступил до уплаты очередного(ых) страхового(ых) взноса(ов), внесение которого(ых) просрочено, Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(ых) взноса(ов).

5. Срок действия договора страхования. Срок страхования

5.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.

Срок действия Договора страхования указывается в Договоре страхования за исключением случаев, предусмотренных в п. 5.2 настоящих Правил страхования.

Срок действия Договора страхования устанавливается посредством указания даты вступления Договора страхования в силу и даты окончания действия Договора страхования и/или посредством указания периода времени.

5.2. Если Договор страхования заключается в порядке, предусмотренном в п. 6.1.2 настоящих Правил страхования, то Договором страхования может быть предусмотрено, что срок действия Договора страхования определяется соглашением Сторон путем выбора Страхователем одного из вариантов данного условия, предложенных Страховщиком и содержащихся в Страховом полисе. Срок действия Договора страхования указывается в Платежном поручении.

5.3. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и в срок, установленные Договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен Договором страхования.

5.4. Срок страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, срок страхования исчисляется следующим образом: распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут даты вступления Договора страхования в силу до 23 часов 59 минут последнего дня действия Договора страхования. Стороны могут предусмотреть в Договоре страхования иные сроки начала и(или) окончания срока страхования (в том числе для каждого (отдельных) страховых рисков).

6. Порядок заключения, исполнения и изменения Договора страхования

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

6.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается

их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах, если иное количество экземпляров не предусмотрено Договором страхования;

6.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю на основании устного заявления Страхователя Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата первого страхового взноса.

Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика;

6.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Если Договор страхования заключается в порядке, предусмотренном в п. 6.1.2 настоящих Правил страхования, дополнительным подтверждением факта заключения Договора страхования и вручения Страхователю Страхового полиса и Правил страхования может служить подпись Страхователя в таких платежных документах как Чек-ордер и(или) Заявление на перевод денежных средств физического лица. Если иное не предусмотрено соответствующей кредитной организацией, указанные документы оформляются в одном экземпляре для передачи Страхователю в подтверждение факта оплаты страхового взноса.

6.3. Перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков:

6.3.1. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя/Застрахованного лица (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства (регистрации), реквизиты документа, удостоверяющего личность (например, серия, номер) и др.), документы, удостоверяющие личность, и др.).

6.3.2. Следующие сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы: пол, возраст; сведения о дееспособности, сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. в связи с заболеваниями, указанными в п. 2.8 настоящих Правил страхования), а также информация в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы); сведения о служебной/профессиональной деятельности.

6.3.3. Сведения и/или документы, необходимые для исполнения Договора страхования (например, мобильный или другой контактный номер телефона, адрес электронной почты).

6.3.4. 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 сфере осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами).

6.4. Форма представления указанных в п. 6.3 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 6.3 настоящих Правил страхования перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков, является исчерпывающими. При этом, Страховщик вправе сократить перечень документов и(или) сведений или принять взамен иные документы и(или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем.

6.5. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или документов, указанных в п. 6.3 Правил страхования, и/или иной информации, представленных Страхователем в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

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

6.7. Страховщик может отдельно оговаривать в Договоре страхования положения, по которым должно быть достигнуто соглашение Сторон, и которые в этой связи будут считаться существенными условиями Договора страхования. При несоблюдении данных положений Договор страхования будет считаться незаключенным и страховые выплаты по нему не будут производиться.

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

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

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

6.9.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 6.5 настоящих

Правил страхования (при наличии);

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

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

6.10. Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю/Застрахованному лицу сообщения (в т. ч. предусмотренные п. 11.1.1 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем/Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах и иных информационных источниках, указанных в п. 6.3, п. 6.9.2, п. 6.9.3 настоящих Правил страхования, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

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

При обращении Страхователя по вопросам внесения изменений (в т.ч. при замене Выгодоприобретателя) Страховщик вправе потребовать представления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя и не вносить изменения без удовлетворения Страхователем данного требования, в частности когда в таких документах содержится информация, предусмотренная абзацем вторым п. 4.7, п. 5.2 настоящих Правил страхования

6.12. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора страхования считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся. При обращении Страхователя по вопросам выдачи дубликата Страховщик вправе потребовать представления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя.

7. Порядок прекращения Договора страхования. Взаиморасчеты Сторон, не связанные с наступлением страхового случая

7.1. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

7.1.1. при исполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами страхования и/или

Договором страхования);

7.1.2. при неоплате (в т.ч. неполной или несвоевременной оплате) очередного страхового взноса в течение Льготного периода. При этом, Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за окончанием 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. при отказе Страхователя от Договора страхования после его вступления в силу. 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. 7.8 Правил страхования;

7.1.4. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

7.1.5. по соглашению сторон. При этом, Договор страхования прекращается с даты, указанной в соответствующем соглашении Сторон;

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

7.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

7.3. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с п.п. 7.1.2 – 7.1.4 настоящих Правил страхования Страховщик выплачивает Страхователю (в случае его смерти - наследникам Страхователя) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения Договора страхования.

7.4. Выкупная сумма определяется на дату досрочного прекращения Договора страхования в соответствии с размерами, указанными в Договоре страхования (приложении к нему), и с учетом положений настоящего раздела Правил страхования.

7.5. При определении размера подлежащей выплате выкупной суммы Страховщик вправе зачесть сумму просроченного(ых) взноса(ов) и уменьшить выкупную сумму на размер задолженности.

7.6. Выкупная сумма за первый и второй годы страхования по Договору страхования равны нулю.

7.7. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с п.п. 7.1.1 - 7.1.3 настоящих Правил страхования возврат Страхователю (в случае его смерти - наследникам Страхователя) уплаченной страховой премии не производится. В иных случаях вопрос о возврате страховой премии (части страховой премии) регламентируется действующим законодательством или соответствующим соглашением Сторон, если

договор страхования прекращен по основанию, указанному в п. 7.1.5 настоящих Правил страхования.

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

7.8.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) (в случаях, предусмотренных п.п. 7.1.2 – 7.1.4 настоящих Правил страхования);

7.8.2. 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 выкупной суммы, если выплату получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство, надлежащим образом оформленная доверенность, выданная представителю Страхователя, и др.);

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

7.8.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.4 настоящих Правил, взаиморасчеты Сторон производятся при представлении Страховщику оригиналов или надлежащим образом заверенных копий документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.8.5. платежные документы, которые должны находиться в распоряжении Страхователя (представляются, если Страховщик не заявил об ином).

7.9. Выкупная сумма выплачивается Страхователю, а в случае смерти – наследникам Страхователя, в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента досрочного прекращения Договора страхования или получения Страховщиком всех необходимых документов согласно п. 7.8 настоящих Правил страхования, в зависимости от того, какое событие наступит позднее.

7.10. В случаях, когда Договор страхования считается незаключенным в связи с не достижением соглашения по существенным условиям, а также при поступлении денежных средств по Договору страхования после его прекращения (в т.ч. досрочно) Страховщик производит возврат поступивших излишне (ошибочно) денежных средств лицу, совершившему платеж, на основании его письменного обращения, содержащего всю необходимую и достаточную информацию. При этом Страховщик вправе потребовать представления платежных документов по оплате подлежащей возврату суммы и не осуществлять возврат денежных средств без удовлетворения такого требования. Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления в адрес Страховщика всех необходимых документов (сведений).

8. Порядок исполнения договора страхования в части страхования жизни

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

8.3.1. При заключении договора страхования способами, указанными в подп. 6.1.1, Договор страхования (Страховой полис);

8.3.2. Заявление по установленной Страховщиком форме, подписанное Выгодоприобретателем (представителем);

8.3.3. По требованию Страховщика должны быть представлены платежные документы, указанные в п. 6.2 настоящих Правил страхования;

8.3.4. Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя, и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

8.3.5. Согласие на обработку персональных данных (предоставляется по требованию Страховщика в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия).

8.3.6. по риску **«Дожитие Застрахованного лица»** дополнительно к указанному в п.п. 8.3.1 – 8.3.5 настоящих Правил страхования представляется надлежащим образом заверенная копия паспорта (или заменяющего его документа) Застрахованного лица. При этом дата заверения копии должна быть не раньше даты окончания срока страхования по указанному страховому риску.

8.3.7. по рискам **«Смерть от несчастного случая», «Смерть Застрахованного лица», «Смерть с возвратом взносов», «Смерть вследствие авиа- или ж/д катастрофы»** дополнительно к указанному в п.п. 8.3.1. – 8.3.5 настоящих Правил страхования представляются (с учетом того, что применимо):

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

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

8.3.7.3. если смерть наступила в результате болезни: 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;

8.3.7.4. если смерть наступила в результате иного события, чем болезнь, в том числе, в результате несчастного случая, авиа или ж/д катастрофы: документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц, в том числе от перевозчика (лица, уполномоченного перевозчиком), осуществлявшего воздушную или железнодорожную перевозку, (протоколы, постановления, справки, определения, акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;

8.3.7.6. свидетельство о праве на наследство (для наследников).

8.3.8. по рискам **«Инвалидность 1 или 2 группы вследствие несчастного случая», «Инвалидность 1 или 2 группы»** дополнительно к указанному в п.п. 8.3.1. – 8.3.5 настоящих Правил страхования представляются (с учетом того, что применимо):

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

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

8.3.8.3. пенсионная справка (копия всех заполненных страниц);

8.3.8.4. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу и/или протокол проведения медико-социальной экспертизы, обратный талон, заключение врачебной комиссии;

8.3.8.5. если инвалидность установлена в результате болезни: 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;

8.3.8.6. если инвалидность установлена в результате иного события, чем болезнь, в том числе, в результате несчастного случая: документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;

8.4. Если Соглашением Сторон не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 8.3 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 почтовый перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, представлению подлежит нотариальный перевод документа.

8.5. 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 (Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и сократить указанный в п. 8.3 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т.ч. в иной форме, по сравнению с той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.6. Указанный в п. 8.3 настоящих Правил страхования перечень документов и сведений, необходимых для представления Страховщику при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, является исчерпывающим.

При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне, Страховщик вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов.

8.7. Страховая выплата по любому из страховых рисков, перечисленных в п.п. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил страхования определяется в размере 100% (сто процентов) от страховой суммы, установленной Договором страхования. Страховая выплата производится в виде единовременного платежа.

8.8. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, при наступлении нескольких событий по страховым рискам, перечисленным в п.п. 3.1.1 – 3.1.5, 3.1.7 настоящих Правил страхования, у Страховщика возникает обязанность произвести только одну страховую выплату. При заявлении нескольких событий, имеющих признаки страхового случая, с одним Застрахованным лицом, обязательства Страховщика по страховой выплате возникают, и оплата производится по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения о признании или непризнании

события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем документов поступил раньше.

8.9. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, при наступлении события, являющегося страховым случаем одновременно по нескольким предусмотренным Договором страхования страховым рискам из числа указанных в п. 3.1.2 и в п. 3.1.6 настоящих Правил страхования, то страховые выплаты производятся по каждому из наступивших страховых случаев независимо от страховой выплаты по страховому случаю, наступившему по другому страховому риску из числа указанных в настоящем подпункте Правил страхования.

8.10. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, при наступлении события, являющегося страховым случаем одновременно по нескольким предусмотренным Договором страхования страховым рискам из числа указанных в п. 3.1.4 и п. 3.1.6 настоящих Правил страхования, то страховые выплаты производятся по каждому из наступивших страховых случаев независимо от страховой выплаты по страховому случаю, наступившему по другому страховому риску из числа указанных в настоящем подпункте Правил страхования.

8.11. Осуществив страховую выплату по любому из страховых рисков, из числа перечисленных в п.п. 3.1.1 – 3.1.5, 3.1.7 настоящих Правил, страхование по указанным рискам прекращается.

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

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

8.14. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем, а также об осуществлении или об отказе в страховой выплате, Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

8.15. По страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил Страховщик принимает решение, указанное в п. 8.14 Правил страхования, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов и в тот же срок производит страховую выплату или направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

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

8.17. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетнее лицо, то страховая выплата переводится на его банковский счет с уведомлением его законных представителей или на банковский счет одного из его законных представителей при соблюдении положений действующего законодательства, в частности, при наличии письменного согласия другого законного представителя (если у несовершеннолетнего лица двое

законных представителей).

8.18. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате и / или непризнании события страховым случаем Страховщик в срок, установленный для осуществления отказа, направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

9. Порядок исполнения договора страхования в части медицинского страхования

9.1. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате, предусмотренных в п. 10.2 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программами №№ 1, 2 (в зависимости от того, что применимо)), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу. При этом:

9.1.1. Страховщик производит оплату медицинским и иным организациям в соответствии с заключенными с ними договорами (в т.ч. в сроки и в порядке, которые установлены указанными договорами).

9.1.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг в течение срока, установленного в Программах №№ 1, 2 (в зависимости от того, что применимо). При этом, выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией).

9.1.3. По страховому риску, в отношении которого установлена агрегатная страховая сумма, обязательства Страховщика по такому риску считаются исполненными в полном объеме после осуществления страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим по данному риску, в размере страховой суммы, установленной по нему на начало срока действия договора страхования (т.е. когда агрегатная сумма исчерпана полностью).

9.1.4. Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в сроки и в соответствии с порядком работы, предусмотренным в организации, непосредственно оказывающей медицинскую или иную услуг. При этом, Страховщик вправе проверить и качество услуг, оказанных Застрахованному лицу, и их соответствие условиям договора страхования.

9.1.5. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц обеспечивает ознакомление Страхователя с условиями организации оказания медицинских и иных услуг любыми доступными Страховщику способами (в т.ч. посредством информационных материалов и / или официального сайта Страховщика в сети «Интернет»).

9.1.6. Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения).

9.2. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или

стоимостью самих услуг, в пределах лимитов ответственности, установленных Программами №№ 1, 2 (в зависимости от того, что применимо).

9.3. Перечень документов и / или сведений, необходимых для рассмотрения произошедшего события, принятия по нему решения и / или организации предоставления Застрахованному лицу медицинских и / или иных услуг, указывается в Программах №№ 1, 2. При этом, Страховщик может реализовать права, установленные п. 8.5 Правил страхования.

10. Основания отказа в страховой выплате

10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие (кроме наступления страхового случая по страховому риску **«Дожитие Застрахованного лица»**):

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

10.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

10.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

10.2.1. 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 (п.п. 3.3 - 3.6 настоящих Правил страхования или Программах №№ 1, 2)).

10.2.2. Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации в случаях, указанных в п. 10.1 Правил страхования;

10.2.3. Договор страхования не был заключен (например, когда стороны не согласовали существенные условия Договора страхования);

10.2.4. Событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения Договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме) за исключением случаев, указанных в п. 9.1.6 Правил страхования.

10.2.5. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

10.2.6. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и / или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.

10.2.7. При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программе №№ 1, 2 (в зависимости от того, что применимо).

10.2.8. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

11. Права и обязанности Сторон

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (включая приложения), а также предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации;

11.1.2. при наступлении страхового случая и принятии решения о страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами страхования и Программами № 1, 2;

11.1.3. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате уведомить об этом Выгодоприобретателя в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами страхования и Программами № 1, 2;

11.1.4. 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;

11.1.5. при получении информации об изменении сведений, сообщенных при заключении Договора страхования, обновить сведения в день их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

11.2. Страховщик имеет право:

11.2.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

11.2.2. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

11.2.3. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.3. настоящих Правил страхования;

11.2.4. уведомлять о необходимости оплаты очередного страхового взноса (в т.ч. внесение которого просрочено) и(или) о прекращении Договора страхования в любой удобной Страховщику форме (в т.ч. письменно, с помощью смс-сообщений и т.д.);

11.2.5. осуществлять иные права для исполнения Договора страхования.

11.3. Страхователь обязан:

11.3.1. оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и в сроки, определенные настоящими Правилами страхования и Договором страхования;

11.3.2. обеспечить сохранность платежных документов, указанных в п. 6.2 настоящих Правил страхования. При этом, Страхователь несет риски неблагоприятных последствий утраты такого(их) документа(ов);

11.3.4. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении этого события;

11.3.5. незамедлительно сообщать в письменном виде Страховщику обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки;

11.4.2. обратиться с требованием за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

11.4.3. получить дубликат Договора страхования (Страхового полиса) в случае его утраты;

11.4.4. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица) с учетом п. 6.11 настоящих Правил страхования;

11.4.5. отказаться от Договора страхования;

11.4.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

11.5. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

12. Порядок разрешения споров

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

13. Персональные данные

13.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).

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

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

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

13.1.2. для целей перестрахования Страховщиком рисков, принятых по договору страхования, и заключения, исполнения, изменения, прекращения соответствующего (-их) договора (-ов) перестрахования.

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

13.1.4. для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика;

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

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

Перечень действий с персональными данными и общее описание способов их обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; персональные данные будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка).

Перечень обрабатываемых персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона и др.), платежные реквизиты, сведения о статусе иностранного налогоплательщика, иные персональные данные, содержащиеся в документах, которые были оформлены при заключении Договора страхования или переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, будут получены в ходе рассмотрения страхового события и(или) сообщены Страховщику устно.

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

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

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 1
«Дистанционные медицинские (телемедицинские) консультации»

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы добровольного медицинского страхования №1 (далее также – «Программа №1»), в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика: не более страховой суммы, установленной по договору страхования по соответствующему страховому риску совокупно на всех Застрахованных лиц: Застрахованного, указанного в Договоре страхования и его ребенка / детей, за каждый полисный год.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы №1 является обращение Застрахованного лица (его представителя) в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой №1, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, в количестве, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (в т.ч. настоящей Программой №1).

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. Телемедицинские консультации проводятся врачами-консультантами частной системы здравоохранения, осуществляющими медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Телемедицинские консультации включают в себя:

2.2.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром / терапевтом¹, находящимся в данный момент в системе онлайн в режиме: 24/7/365;

2.2.2. 2 (две) плановые онлайн-консультации в течение полисного года, по предварительной записи по рекомендации

- *врача-терапевта*: акушера-гинеколога, гастроэнтеролога, дерматовенеролога, кардиолога, невролога, онколога, оториноларинголога, травматолога-ортопеда, уролога, хирурга;
- *врача-педиатра*: аллерголога-иммунолога, гастроэнтеролога, детского невролога, детского хирурга, невролога, оториноларинголога, офтальмолога;

2.2.3. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам телемедицинской консультации в личный кабинет.

2.3. Во время проведения телемедицинской консультации, врач-консультант информирует: о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации) Застрахованного лица с целью постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о

¹ Для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 17 лет (включительно) – врач-педиатр, для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет и старше – врач-терапевт.

рекомендуемых методах диагностики, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

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

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

3.3. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованное лицо (его представитель) обязано:

3.3.1. предоставить следующие сведения и / или документы:

- по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;
- по требованию – надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);
- документы, подтверждающие право на получение услуг по Программе № 1 (например, свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака, постановление об установлении опеки);
- по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;
- по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по Программе №1.

3.3.2. зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе №1, когда это предусмотрено порядком, указанным выше в п. 3.2.

3.4. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных Программой №1. Услуги, предусмотренные п. 2.2.1 настоящей программы должны быть оказаны в срок не позднее 3 минут с момента обращения, услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей Программы №1 должны быть оказаны в срок не позднее 72 часов с момента обращения.

Раздел 4. Исключения из страхования

Не признается страховым случаем (исключения из страхования) и в связи с этим не влечет за собой обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинские услуги по Программе №1 следующие обращения Застрахованного лица (его представителя):

4.1. за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой №1;

4.2. за оказанием телемедицинских консультаций иных специалистов, кроме указанных в настоящей Программе №1;

4.3. за оказанием телемедицинской консультации Застрахованного лица (его представителя), находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4.4. Обращение Застрахованного лица (его представителя) по вопросам:

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

4.4.2. для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

4.5. Обращение Застрахованного лица (его представителя) касательно заболеваний / состояний Застрахованного лица, связанных с:

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

4.5.2. любыми видами фобий;

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

4.5.4. расстройствами сексуального характера.

4.5.5. синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.5.6. туберкулезом;

4.5.7. заболеваниями, передающимися половым путем;

4.5.8. психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №2
«ВТОРОЕ ЭКСПЕРТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МНЕНИЕ»**

Раздел 1. Общие положения

1.1. Настоящая Программа добровольного медицинского страхования №2 «Второе экспертное медицинское мнение» (далее также – «Программа ДМС №2») является Приложением к Страховому полису № _____ от _____ г. (далее – Договор страхования) и предусматривает организацию оказания Страховщиком Застрахованному лицу медицинских услуг и иных услуг при соблюдении всех положений, определений, исключений из страхового покрытия, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования (в том числе, настоящей Программой №2) в объеме и порядке, предусмотренном в Разделе 2 настоящей Программы №2.

1.2. Страховым случаем в рамках действия настоящей Программы №2, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования №2 «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

1.3. В настоящей Программе №2 используются следующие понятия:

1.3.1. *Врач-специалист* - специалист, имеющий медицинское образование, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;

1.3.2. *Второе экспертное медицинское мнение* - дополнительное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное врачом-специалистом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, представленной Застрахованным лицом, в том числе содержащейся в медицинских документах о состоянии здоровья Застрахованного лица (в частности, в истории болезни или иных медицинских документах, содержащих первое медицинское мнение) с целью уточнения диагноза и плана лечения.

1.3.3. *Выписка из истории болезни или амбулаторной карты* - медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях, диагнозе Застрахованного лица, о назначенном и проведенном ему лечении.

1.3.4. *Медицинская информация* - информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболевания (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах о состоянии здоровья

Застрахованного лица, представленных Застрахованным лицом по требованию врача-специалиста, в целях подготовки второго экспертного медицинского мнения (в том числе, выписка из истории болезни или амбулаторной карты, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении).

1.3.5. *Медицинское заключение (первое медицинское мнение)* - первичное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица с указанием диагноза, выданное лечащим врачом в соответствии с профилем деятельности, а также в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу, и порядок их предоставления

2.1. Страховщик вследствие наличия расстройства здоровья Застрахованного лица, в связи с которым вынесено первое медицинское мнение, организует оказание медицинских услуг и иных услуг по получению Застрахованным лицом второго экспертного медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица в следующих областях медицины:

- 2.1.1. Онкология;
- 2.1.2. Кардиология;
- 2.1.3. Неврология.

При этом наличие медицинского заключения (первого медицинского мнения) о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным условием для получения второго экспертного медицинского мнения.

2.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу в рамках настоящей Программы №2:

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения в порядке, предусмотренном п. 3.4 настоящей Программы №2, при соблюдении следующих условий:

2.2.1.1. Застрахованное лицо имеет право на получение второго экспертного медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица в областях медицины, предусмотренных в п. 2.1 настоящей Программы №2, в пределах следующего лимита страхового обязательства: для Застрахованного лица по Договору страхования - 2 обращения в полисный год в течение срока действия Договора страхования.

При этом каждое обращение Застрахованного лица за получением Второго экспертного медицинского мнения является отдельным страховым случаем.

2.2.1.2. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачом-специалистом, назначенным по выбору Страховщика (Сервисной компании), по итогам рассмотрения и оценки медицинского заключения (первого медицинского мнения) и иной медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленной Застрахованным лицом без обязательного физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом-специалистом.

2.2.1.3. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение и/или комментарии врача-специалиста о состоянии здоровья Застрахованного лица, о правильности

установленного диагноза, указанного в медицинском заключении (первом медицинском мнении), комментарии и/или рекомендации в отношении выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения, в соответствии с направленным ему запросом на получение второго экспертного медицинского мнения.

2.2.2. Предоставление Застрахованному лицу сопутствующих медицинских услуг:

2.2.2.1. Проведение Застрахованному лицу медицинских исследований, включающих в себя лабораторные тесты, ультразвуковые и радиологические исследования и другие исследования, которые по мнению врача-специалиста, привлеченного Страховщиком (Сервисной компанией) для составления второго экспертного медицинского мнения необходимы в целях подготовки Второго экспертного медицинского мнения.

2.2.2.2. Проведение Застрахованному лицу медицинских диагностических исследований, которые были рекомендованы Застрахованному лицу, врачом-специалистом, подготовившим второе медицинское мнение, по итогам рассмотрения и оценки медицинских документов/информации, предоставленной Застрахованным лицом.

2.2.2.3. Лимит страхового обязательства для Застрахованного лица по сопутствующим медицинским услугам, указанным в п.п.2.2.2.1, 2.2.2.2 настоящей Программы №2, установлен в размере 400 000,00 (Четыреста тысяч) рублей на каждый полисный год в течение срока страхования.

2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.2.3.1. Консультационные услуги в связи с заболеванием, в отношении которого Застрахованному лицу представляется второе экспертное медицинское мнение в соответствии с настоящей Программой №2:

- консультирование по выбору профильного медицинского учреждения в России;
- консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;
- консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- поддержка по организации для Застрахованного лица сопутствующих медицинских услуг, предусмотренных в п.2.2.2 настоящей Программы №2.

2.3. Порядок оказания услуг, предусмотренных настоящим Разделом Программы №2:

2.3.1. Застрахованное лицо в целях получения второго экспертного медицинского мнения, а также услуг, предусмотренных п. 2.2.1 и 2.2.2, обращается к Страховщику: по телефону _____.

Страховщик имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой №2, привлечь Сервисную компанию.

2.3.2. Страховщик (Сервисная компания) информирует Застрахованное лицо о том какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить для формирования и отправки запроса на получение второго экспертного медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховщика (Сервисной компании) имеет право связываться с Застрахованным лицом по

телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на получение второго экспертного медицинского мнения.

2.3.3. После получения от Застрахованного лица всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 2.3.2 Программы №2, Страховщик (Сервисная компания) организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.2 настоящей Программы.

2.3.4. Страховщик (Сервисная компания) направляет запрос на получение второго экспертного медицинского мнения выбранному Страховщиком (Сервисной компанией) врачу-специалисту.

2.3.5. Срок предоставления второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу составляет:

2.3.5.1. 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 2.3.2 настоящей Программы №2, кроме случаев, указанных в п. 2.3.5.2 настоящей Программы №2;

2.3.5.2. 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 2.3.2 настоящей Программы №2, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго экспертного медицинского мнения.