УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 15.08.2023 № Пр/165

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0053.СЖ/СЛ.01/05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает со Страхователями договоры комбинированного страхования, сочетающие страхование жизни и медицинское страхование (далее также – «договор(-ы) комбинированного страхования»), договоры добровольного медицинского страхования (далее также – «договор(-ы) ДМС») и договоры страхования жизни. В отношении перечисленных в настоящем пункте договоров также по тексту Правил (включая Приложения к ним) может использоваться термин «договор(-ы) страхования».

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

При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также совместно именуемые по тексту – «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к ним) или о дополнении настоящих Правил, включая Приложений к ним (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации). 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 применимом к договору страхования Приложении к Правилам страхования, или его дополнении, такое Приложение применяется к такому договору страхования в измененном виде.

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

1.4. В настоящих Правилах страхования используются следующие определения:

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

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

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

1.4.4. **Выкупная сумма** – сумма, определенная договором страхования жизни (договором комбинированного страхования в части страхования жизни), выплачиваемая при досрочном прекращении такого договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования жизни (договором комбинированного страхования в части страхования жизни). Выкупная сумма может составить 0 (ноль).

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

1.4.6. **Критическое заболевание** – предусмотренное договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС «Лечение критического заболевания») из числа определенных в Приложении № 3 к Правилам заболевание или состояние, диагностированное или установленное Застрахованному лицу впервые в жизни в течение срока страхования, вследствие которого Застрахованное лицо обращается за оказанием предусмотренных такой Программой ДМС медицинских и иных услуг (за компенсацией расходов на обеспечение медикаментами (если договором страхования предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил)).

1.4.7. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты и/или иное предельное значение, установленный(-ое) Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и/или договором страхования (включая приложения к нему) по страховому(-ым) риску(-ам) / по страховому(-ым) случаю(-ям) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и (или) иные услуги / в отношении компенсации расходов по медицинскому страхованию (для формы страховой выплаты, указанной в п. 9.4 Правил). Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (в частности, по количественным показателям медицинских и иных услуг, койко-дней, количеству и/или периодичности (частоте) обращений).

1.4.8. **Льготный период** - период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по уплате очередного страхового взноса во избежание прекращения договора страхования в связи с его неуплатой (неполной уплатой). При этом срок требования Страховщика по уплате страхового взноса считается наступившим с даты, предшествующей дате начала льготного периода. Договором страхования может быть предусмотрено, что льготный период не устанавливается (не предоставляется), в т.ч. применительно к отдельному(-ым) очередному(-ым) страховому(-ым) взносу(-ам).

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

1.4.9.1. **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 применимой Программе ДМС по соответствующему риску. В частности, по страховому риску **«лечение критического заболевания»** к медицинским услугам, в т.ч. может относиться (если предусмотрено применимой Программой ДМС) предоставление Застрахованному лицу медикаментов, под которыми понимаются лекарственные средства, выписанные ему врачом в соответствии с назначенным лечением критического заболевания (исключая любые пищевые добавки, лечебное питание при амбулаторном лечении, укрепляющие/тонизирующие средства, витамины, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, добавки для ванн) в случаях и в объеме, предусмотренных применимой Программой ДМС (далее также – **«обеспечение медикаментами»**);

1.4.9.2. **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, по проживанию Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг (если они оказываются амбулаторно и вне места его постоянного проживания), услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в применимой Программе ДМС по соответствующему страховому риску.

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

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

1.4.11.1. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);

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

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

1.4.13. **Особо опасное заболевание** – впервые диагностированное и подтвержденное врачом-специалистом в течение срока страхования заболевание, предусмотренное договором страхования (включая приложение к нему) из числа указанных в «Списке особо опасных заболеваний» (Приложение № 1 к Правилам страхования). При этом, если Приложением № 1 к Правилам страхования или договором страхования (приложением к нему) не предусмотрено иное, **датой первичного диагностирования особо опасного заболевания** является дата получения точного диагноза по результатам морфологического (гистологического и/или цитологического) метода(-ов) исследования.

1.4.14. **Первое медицинское мнение** - первичное заключение о наличии у Застрахованного лица заболевания, вынесенное врачом-специалистом, практикующим в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющим соответствующую квалификацию в области медицины, в которой было вынесено такое заключение.

1.4.15. **Период уплаты страховых взносов** – установленный договором страхования, предусматривающим уплату страховой премии в рассрочку, период времени, в течение которого подлежат уплате страховые взносы с периодичностью, в размере и сроки, предусмотренные таким договором страхования. При этом договором страхования могут быть предусмотрены случаи досрочного прекращения периода уплаты страховых взносов.

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

1.4.17. **Предсуществующее заболевание** – заболевание, которое у Застрахованного лица было диагностировано на дату заключения договора страхования, находящееся в прямой

причинно-следственной связи с заболеванием или состоянием (критическим заболеванием (с учетом того, что применимо)), впервые диагностированным или установленным Застрахованному лицу в течение срока страхования.

1.4.18. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, прилагающийся к договору ДМС (договору комбинированного страхования) и предусматривающий по соответствующему риску, из числа указанных в подп. 3.1.5–3.1.8 Правил, объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает при наступлении страхового случая по такому страховому риску, порядок организации (в т.ч. предварительного согласования (если применимо)) и оказания таких услуг, а также иные положения (в т.ч. условия, предусмотренные настоящими Правилами страхования и/или договором страхования). По настоящим Правилам договор страхования может быть заключен:

1.4.18.1. по страховому риску **«лечение критического заболевания»**: на условиях (в т.ч. в части объема (видов) медицинских и иных услуг, перечня критических заболеваниях), из числа предусмотренных Приложением № 3 к Правилам страхования, которые будут включены в программу ДМС, применимую к конкретному договору страхования в отношении указанного в настоящем подпункте страхового риска, при этом такая Программа ДМС является неотъемлемой частью договора страхования и по тексту настоящих Правил страхования и в договоре страхования (включая приложение к нему) именуется «Программа ДМС «Лечение критического заболевания», «Программа добровольного медицинского страхования «Лечение критического заболевания» или «применимая Программа ДМС» (если соответствующее положение Правил и/или договора страхования относится к указанному в настоящем подпункте страховому риску);

1.4.18.2. по страховому риску **«второе медицинское мнение»**: на условиях (в т.ч. в части объема (видов) медицинских и иных услуг), из числа предусмотренных Приложением № 4 к Правилам страхования, которые будут включены в программу ДМС, применимую к конкретному договору страхования в отношении указанного в настоящем подпункте страхового риска, при этом такая Программа ДМС является неотъемлемой частью договора страхования и по тексту настоящих Правил страхования и в договоре страхования (включая приложение к нему) именуется «Программа ДМС «Второе экспертное медицинское мнение», «Программа добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение» или «применимая Программа ДМС» (если соответствующее положение Правил и/или договора страхования относится к указанному в настоящем подпункте страховому риску);

1.4.18.3. по страховому риску **«чек-ап»**: на условиях (в т.ч. в части объема (видов) медицинских и иных услуг), из числа предусмотренных Приложением № 5 к Правилам страхования, которые будут включены в программу ДМС, применимую к конкретному договору страхования в отношении указанного в настоящем подпункте страхового риска, при этом такая Программа ДМС является неотъемлемой частью договора страхования и по тексту настоящих Правил страхования и в договоре страхования (включая приложение к нему) именуется «Программа ДМС «Чек-ап», «Программа добровольного медицинского страхования «Чек-ап» или «применимая Программа ДМС» (если соответствующее положение Правил и/или договора страхования относится к указанному в настоящем подпункте страховому риску);

1.4.18.4. по страховому риску **«дистанционная медицинская консультация»**: на условиях (в т.ч. в части объема (видов) медицинских и иных услуг), из числа предусмотренных Приложением № 6 к Правилам страхования, которые будут включены в программу ДМС, применимую к конкретному договору страхования в отношении указанного в настоящем подпункте страхового риска, при этом такая Программа ДМС является неотъемлемой частью договора страхования и по тексту настоящих Правил страхования и в договоре страхования (включая приложение к нему) именуется «Программа ДМС «Дистанционная медицинская консультация», «Программа добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация» или «применимая Программа ДМС» (если соответствующее положение Правил и/или договора страхования относится к указанному в настоящем подпункте страховому риску).

1.4.19. **Полисный год** – полный год действия договора страхования. Отсчет лет ведется с даты вступления договора страхования в силу (включая указанную дату).

1.4.20. **Состояние** – совокупность параметров, процессов, характеристик, явлений (проявлений), симптомов (синдромов), диагнозов, возникающих в связи с воздействием патогенных и/или физиологических факторов, зафиксированных врачом-специалистом (консилиумом врачей (когда применимо)) на основании обращения(-ий), интерпретации результатов медицинского осмотра (освидетельствования), собранного анамнеза, проведенных(-ого) исследований (обследования) в (за) определенный момент (интервал) времени, отражающих наличие отклонения(-й) от нормы, болезни (патологии) организма, органа, ткани у Застрахованного лица и требующих: проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства (применительно к риску **«хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»**)/оказания Застрахованному лицу медицинской помощи (применительно к риску **«лечение критического заболевания»**).

1.4.21. **Срок страхования** – период времени, определяемый договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами страхования и договором страхования. Если договором страхования для разных страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц по одному и тому же страховому риску предусмотрены различные сроки страхования, то применительно к конкретному страховому риску и/или в отношении конкретного Застрахованного лица под сроком страхования понимается срок страхования, установленный договором страхования для такого страхового риска и/или в отношении такого Застрахованного лица.

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

1.4.23. **Страховой взнос** (также может именоваться **«взнос(-ы)»**) – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, в соответствии с условиями договора страхования.

1.4.24. **Территория оказания медицинских и/или иных услуг** (также может именоваться **«территория оказания услуг»**) – государство(-а), на территории которого(-ых) Страховщик в рамках медицинского страхования обязуется организовать оказание медицинских и/или иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС по соответствующему риску, в т.ч. в соответствии с законодательством которого(-ых) оказывают медицинскую помощь привлеченные медицинские организации и/или врачи-специалисты (если согласно Программе ДМС услуги оказываются Застрахованному лицу без очного приема (в частности, дистанционно)).

1.5. Приложениями к Правилам страхования могут быть предусмотрены дополнительные определения, не указанные в настоящем разделе. Стороны вправе придать иное значение определениям, содержащимся выше в п. 1.4 настоящих Правил страхования, а также установить дополнительные определения, закрепив это в договоре страхования (включая приложения к нему), если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

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

1.7. Если иное не предусмотрено договором страхования по страхованию жизни территория действия страхования (также может именоваться **«территория страхования»**) – весь мир.

1.8. По медицинскому страхованию территория оказания услуг определяется договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску) и может различаться для каждого (отдельных) страховых рисков по медицинскому страхованию и/или в отношении разных Застрахованных лиц.

1.9. Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) при заключении договора страхования или при принятии решения об осуществлении страховой выплаты по такому договору страхования (с учетом того, что применимо) в следующем порядке:

1.9.1. устанавливается лицо, чьи имущественные интересы следует проверить;

1.9.2. анализируются имеющиеся у Страховщика и, при необходимости, запрашиваются сведения и (или) документы в объеме, достаточном для установления наличия / отсутствия имущественного интереса и не противоречащем законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.10. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке.
По соглашению Сторон в договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.
Денежные обязательства Сторон могут быть установлены в следующей иностранной валюте (в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в следующей иностранной валюте): доллары США или, по соглашению Сторон, иная иностранная валюта.

2. Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектами страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, предусмотренных подп. 3.1.1–3.1.4 Правил: 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 и договора страхования (включая приложения к ним) – **«страхование жизни»**);

2.1.2. в отношении страховых рисков, предусмотренных подп. 3.1.5–3.1.8 Правил: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил страхования и договора страхования (включая приложения к ним) – **«медицинское страхование»**).

2.2. Договором страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, указанных в подп. 2.1.1 и 2.1.2 Правил (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, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо, заключившее договор страхования.
2.5. **Выгодоприобретатель** – лицо(-а), в пользу которого(-ых) заключен договор страхования, и обладающие(-щие) правом на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая, при этом договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица

2.5.1. По страхованию жизни: договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре в части страхования жизни (в т.ч. в отношении одного или нескольких рисков, относящихся к страхованию жизни) не названо в качестве Выгодоприобретателя другое(-ие) лицо(-а). В случае смерти Застрахованного лица по договору страхования, в котором по рискам, относящимся к страхованию жизни не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями по таким рискам, предусмотренным договором страхования, признаются наследники Застрахованного лица. Договором страхования в отношении одного или нескольких страховых рисков, относящихся к страхованию жизни, может быть предусмотрена очередность, в соответствии с которой лицо может рассматриваться в качестве Выгодоприобретателя. Условия договора страхования об очередности определяются по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

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

2.6. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен договор страхования.

Договор страхования, может быть, заключен в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц.

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

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. В соответствии с настоящими Правилами договор страхования может быть заключен по страховому (-ым) риску (-ам) из числа следующих:

3.1.1. Дожитие Застрахованного лица до 24 часов 00 минут установленной даты (также может именоваться **«дожитие»**). Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до 24 часов 00 минут даты, установленной договором страхования, (включительно).

3.1.2. Смерть Застрахованного лица (с возвратом взносов) (также может именоваться **«смерть (с возвратом взносов)»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования (с учетом определений, установленных настоящими Правилами и/или договором страхования, и исключений из страхового покрытия, установленных договором страхования (при наличии)).

3.1.3. Диагностирование Застрахованному лицу особо опасного заболевания (также может именоваться **«диагностирование особо опасного заболевания»**). Страховым случаем является диагностирование Застрахованному лицу в течение срока страхования впервые в его жизни особо опасного заболевания, предусмотренного договором страхования из числа указанных в «Списке особо опасных заболеваний» (Приложении № 1 к Правилам), при условии, что Застрахованное лицо не умерло в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты первичного диагностирования такого особо опасного заболевания (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами (включая Приложение № 1 к ним) и/или договором страхования).

3.1.4. Проведение Застрахованному лицу медицинской процедуры в результате заболевания или состояния (также может именоваться **«хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»**). Страховым случаем является проведение Застрахованному лицу в течение срока страхования впервые в его жизни медицинской процедуры, предусмотренной договором страхования из числа указанных в «Таблице размеров страховой выплаты по страховому риску «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния» (Приложение № 2 к Правилам), необходимость проведения которой вызвана заболеванием или состоянием, впервые диагностированным или установленным врачом-специалистом Застрахованному лицу в течение срока страхования, и подтверждена результатами клинико-диагностического лабораторного и/или инструментального исследования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами (включая Приложение № 2 к ним) и/или договором страхования).

3.1.5. Обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Лечение критического заболевания», вследствие предусмотренного такой Программой ДМС критического заболевания, требующего организации и оказания таких услуг (также может именоваться **«лечение критического заболевания»**). Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных

Программой ДМС «Лечение критического заболевания», вследствие предусмотренного такой Программой ДМС критического заболевания, диагностированного Застрахованному лицу в течение срока страхования впервые в жизни, и требующего организации и оказания таких услуг (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или договором страхования).

3.1.6. Обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также может именоваться **«второе экспертное медицинское мнение»** или **«второе медицинское мнение»**). Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или договором страхования).

3.1.7. Обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Чек-ап», направленных на сохранение и укрепление здоровья (профилактику) с целью снижения степени опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их (также может именоваться **«чек-ап»**). Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Чек-ап», направленных на сохранение и укрепление здоровья (профилактику) с целью снижения степени опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или договором страхования).

3.1.8. Обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Дистанционная медицинская консультация», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также может именоваться **«дистанционная медицинская консультация»**). Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Дистанционная медицинская консультация», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или договором страхования).

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в договоре страхования. При этом в отношении разных Застрахованных лиц договором страхования может быть предусмотрено страхование по различным страховым рискам, из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.3. По страховым рискам **«диагностирование особо опасного заболевания»**, «**хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»** не признаются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.3.1. вследствие предсуществующего(-их) заболевания(-й) (за исключением случаев, когда Страховщик был письменно уведомлен (в т.ч. посредством предоставления медицинских заключений и/или иных документов, выданных медицинской организацией) о наличии у Застрахованного лица предсуществующего(-их) заболевания(-й) при заключении договора страхования).

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

3.3.3. вследствие заболевания, произошедшего при наличии у Застрахованного лица на момент его наступления ВИЧ-инфекции и/или СПИДа, диагностированного Застрахованному

лицу до заключения договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии ВИЧ-инфекции и/или СПИДа при заключении договора страхования.

3.4. По страховому риску **«лечение критического заболевания»** не признаются страховыми случаями **(исключения из страхового покрытия)** следующие события:

3.4.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг в связи с критическим заболеванием, вызванным предсуществующим(-ми) заболеванием(-ями) (за исключением случаев, когда Страховщик был письменно уведомлен (в том числе посредством предоставления медицинских заключений и (или) иных документов, выданных медицинской организацией) о наличии у Застрахованного лица предсуществующего(-их) заболевания(-й) при заключении договора страхования).

3.4.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных Программой ДМС «Лечение критического заболевания» и/или не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения критического заболевания.

3.4.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.

3.4.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг в связи с критическим заболеванием, вызванным злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических и других психоактивных веществ.

3.4.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации.

3.4.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, в связи с заболеваниями, являющимися сопутствующими критическому заболеванию, которое является основным.

3.4.7. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием:

3.4.7.1. медицинских услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/ организациями страны проведения лечения;

3.4.7.2. медицинских и иных услуг, связанных с лечением поражения сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическим заболеванием;

3.4.7.3. медицинских и иных услуг, оказываемых в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития;

3.4.7.4. медицинских и иных услуг, связанных с лечением критического заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

3.4.7.5. медицинских услуг, направленных на первичное диагностирование с целью определения диагноза - распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия критического заболевания;

3.4.7.6. медицинских и иных услуг в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица, наступившим во время отбывания наказания в виде лишения, ограничения свободы, содержания под стражей;

3.4.7.7. медицинских и иных услуг по косметическому лечению Застрахованного лица, по проведению ему эстетических и пластических процедур или операций;

3.4.7.8. медицинских и иных услуг по лечению Застрахованного лица, связанного с криоконсервацией;

3.4.7.9. медицинских и иных услуг в связи с любой трансплантацией, которая проводится с использованием приобретенных донорских органов.

3.4.8. обращение за обеспечением (или компенсацией расходов на обеспечение (если договором предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил)) льготными медикаментами для отдельных групп населения, имеющих право на льготы, а также закупка и оплата стоимости органов для трансплантации.

3.5. По страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»** не признаются страховыми случаями **(исключения из страхового покрытия)** следующие события:

3.5.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение».

3.5.2. обращение Застрахованного лица за организацией медицинских и/или иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС, если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение).

3.5.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг в медицинские и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.

3.6. По страховому риску **«чек-ап»** не признаются страховыми случаями **(исключения из страхового покрытия)** следующие события:

3.6.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных Программой ДМС «Чек-ап».

3.6.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не согласованных со Страховщиком.

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

3.6.4. обращение за компенсацией расходов на иные услуги, не согласованных со Страховщиком (если договором страхования для соответствующих видов иных услуг предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил).

3.6.5. обращение за компенсацией расходов на иные услуги, осуществленных до начала и (или) после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (если договором страхования для соответствующих видов иных услуг предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил).

3.7. По страховому риску **«дистанционная медицинская консультация»** не признаются страховыми случаями **(исключения из страхового покрытия)** следующие события:

3.7.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных Программой ДМС «Дистанционная медицинская консультация».

3.7.2. обращение Застрахованного лица за оказанием дистанционных медицинских консультаций врачами-специалистами, не предусмотренными Программой ДМС «Дистанционная медицинская консультация».

3.7.3. обращение за оказанием дистанционной медицинской консультации Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.7.4. обращение Застрахованного лица по следующим вопросам:

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

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

3.7.5. обращение Застрахованного лица касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

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

3.7.5.2. с любыми видами фобий;

3.7.5.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

3.7.5.4. с расстройствами сексуального характера.

3.7.6. обращение Застрахованного лица в связи со следующими заболеваниями:

3.7.6.1. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);

3.7.6.2. туберкулез;

3.7.6.3. заболевания, передающиеся половым путем;

3.7.6.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.

3.8. По согласованию между Страхователем и Страховщиком договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску (в части медицинского страхования)) может быть предусмотрен перечень исключений из страхового покрытия, отличающийся от указанного в п.п. 3.4–3.7 настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных и /или сократить данный перечень исключений из страхового покрытия и/или дополнить его иными положениями.

3.9. События, определенные в п.п. 3.4–3.7 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату (в т.ч. путем организации оказания и оплаты медицинских и/или иных услуг (применительно к медицинскому страхованию)).

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

4.1. Страховая сумма или способ (порядок) ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования. В частности, по страховому риску «смерть (с возвратом взносов)» страховая сумма устанавливается исходя из размера страховой премии по договору страхования в совокупности по всем страховым рискам, предусмотренным таким договором страхования.

4.2. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон страховая сумма устанавливается отдельно по каждому страховому риску.

4.3. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховые суммы:

4.3.1. по всем страховым рискам, относящимся к страхованию жизни, являются постоянными в течение всего срока действия договора страхования.

4.3.2. по всем страховым рискам, относящимся к медицинскому страхованию, являются агрегатными.

4.4. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте или одновременно в рублях и в иностранной валюте.

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

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

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

Страховой тариф по конкретному договору страхования устанавливается на основании базовых тарифных ставок, зависящих от пола и возраста Застрахованного лица, срока страхования, перечня страховых рисков, периодичности уплаты страховой премии. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, профессии/ профессиональной деятельности/ рода занятий, увлечений и занятий спортом, образе жизни, состояния здоровья Застрахованного лица, а также его родственников, места временного и постоянного пребывания, перечня исключений из страхового покрытия, территории оказания медицинских и/или иных услуг) и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.6. Страховая премия уплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования.

4.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, то при ненадлежащей уплате (не вовремя или не в полном объеме) страховой премии (первого страхового взноса) договор страхования

считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя, если иной порядок для возврата (в т.ч. срок) не предусмотрен соглашением Сторон.

При этом, если уплата денежных средств производилась в рублях:

4.7.1. возврат денежных средств производится в рублях.

4.7.2. если страховая премия (ее часть) установлена договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит уплаченная Страхователем сумма в рублях.

4.8. Если иное не установлено договором страхования (в т.ч. применительно к отдельным(-ому) очередным(-ому) страховым(-ому) взносам(-у)) в случае, если уплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней.

Льготный период исчисляется с даты уплаты платежа, внесение которого просрочено.

Стороны пришли к соглашению, что при неуплате очередного страхового взноса в полном размере в течение предоставленного льготного периода или в предусмотренный договором для уплаты соответствующего очередного страхового взноса срок в случае, если договором не установлен льготный период в отношении такого очередного страхового взноса (в зависимости от того, что применимо), Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования в полном объеме. При этом договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередных страховых взносов (согласно п. 7.11 настоящих Правил).

4.9. При уплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

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

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

4.10. При определении размера подлежащей выплате суммы Страховщик вправе зачесть сумму просроченного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

4.11. Если иное не предусмотрено договором страхования, датой уплаты страховой премии (страхового взноса) является:

4.11.1. при безналичных формах расчетов:

- обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате 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 уплаты страховой премии (страхового взноса)), если Страхователем является физическое лицо;
- дата зачисления денежных средств на корреспондентский счет кредитной организации, обслуживающей Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживают разные кредитные организации;
- дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживает одна и та же кредитная организация.

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

5. Порядок заключения, изменения и исполнения договора страхования

5.1. Договор страхования может заключаться одним из следующих способов:

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

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

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

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

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

5.2. Для заключения договора страхования, в т.ч. оценки страховых рисков, и дальнейшего его исполнения Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.13. Сведения и (или) документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма) и/или объединения страховщиков (при наличии).

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

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

5.2.16. Сведения, касающиеся специальных знаний Страхователя – физического лица в области финансов по установленной Страховщиком форме в т.ч. анкета, декларация (если предусмотрена), когда применимо.

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

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

- возраст, пол, вес, рост, индекс массы тела, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете (динамическом наблюдении);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. о прошлых и/или имеющихся диагнозах, о наличии / отсутствии определенных симптомов и/или о состояниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (включая, сведения о прошлых и /или имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах, в т.ч. планируемых / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин) / сведения о рекомендованных и/или планируемых исследованиях организма / сведения о назначенных и/или принимаемых медицинских препаратах;
- сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении на прохождение медико-социальной экспертизы);
- сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в

профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));

- сведения, характеризующие личность, и сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с привлечением к административной или уголовной ответственности (в т.ч. о судимости), и др.);
- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств)), а также сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль);
- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
- сведения о месте жительства/временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);
- сведения о наличии / отсутствии определенных заболеваний или состояний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
- сведения об иждивенцах;
- сведения о личном страховании (о договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.).

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

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

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

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

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

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

5.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:

5.7.1. о Страховщике – в договоре страхования;

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

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

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т.ч. предусмотренные подп. 11.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

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

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации, Страхователь вправе обратиться по вопросам внесения изменений в договор страхования в срок не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты предполагаемого внесения изменений.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, условия страхования, предусмотренные договором страхования (кроме изменений в связи с увеличением страхового риска (п. 5.10 настоящих Правил)) могут изменяться в годовщину действия договора страхования.

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

5.10. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, в период действия договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение

страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и /или документов согласно п.п. 5.2, 5.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 5.4 Правил.
Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.
Если иное не предусмотрено договором страхования к обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении договора страхования: сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий.
Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
5.11. В случае утери договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный документ считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.
5.12. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т.ч. обращений, касающихся заключения и (или) изменения и (или) досрочного прекращения договора страхования и (или) страховой выплаты, и связанных с ними документов / сведений). При этом, требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и отправки указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
Любые документы, оформленные Страховщиком и (или) Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства и указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

6. Срок действия договора страхования

6.1. Срок действия договора страхования и/или порядок его определения указывается в договоре страхования.
6.2. Срок страхования может определяться посредством указания в договоре страхования даты (дня) его начала и даты (дня) окончания и/или периода времени.
Соглашением Сторон могут предусматриваться различные сроки начала и/или окончания срока страхования для каждого (отдельных) страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц.
6.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 24 часов 00 минут дня, определяющего его прекращение.
Досрочное прекращение действия договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам, предусмотренным договором страхования.

7. Порядок прекращения договора страхования

7.1. Действие договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:
7.1.1. При выполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме, в т.ч. как это предусмотрено договором страхования.

7.1.2. При одностороннем отказе Страхователя от договора страхования (кроме случая указанного в подп. 7.1.6 Правил). При этом, если иное не предусмотрено соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации, дата прекращения (последний день действия) договора страхования определяется Страховщиком, и не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных в подп. 7.9.1, 7.9.2 Правил, а также если применимо в подп. 7.9.3, 7.9.4 Правил страхования.

7.1.3. По инициативе Страховщика на основании п. 4.8 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты окончания льготного периода или даты окончания срока, установленного для уплаты соответствующего очередного страхового взноса, который не был надлежаще (своевременно и/или в полном объеме) уплачен, в случае если договором не установлен льготный период в отношении такого очередного страхового взноса (в зависимости от того, что применимо).

7.1.4. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти единственного Застрахованного лица (в т.ч. когда Страховщик отказал в страховой выплате по риску «смерть (с возвратом взносов)», если такой риск предусмотрен договором страхования), при этом договор страхования прекращается со дня, следующего за днем смерти такого Застрахованного лица.

7.1.5. В случае расторжения договора страхования согласно п. 5.10 настоящих Правил страхования.

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

7.1.7. По соглашению Сторон.

7.1.8. 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) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.9 настоящих Правил (с учетом того, что из них применимо), в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если уплата денежных средств производилась в рублях:

7.2.1. возврат денежных средств производится в рублях.

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

7.3. При досрочном прекращении договора страхования жизни или договора комбинированного страхования в соответствии с подп. 7.1.2–7.1.5 Правил страхования, а также в иных случаях (если предусмотрены договором страхования), Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица его наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва по страхованию жизни на день прекращения такого договора

страхования, при этом возврат уплаченной страховой премии по страхованию жизни не производится.
7.4. Размер выкупной суммы определяется в соответствии с размером, установленным договором страхования жизни/договором комбинированного страхования (приложением к нему), для периода действия такого договора страхования, соответствующего дате его досрочного прекращения.
7.4.1. В случае наличия задолженности Страхователя по уплате страховых взносов на дату досрочного прекращения договора страхования Страховщик вправе уменьшить размер выкупной суммы на размер задолженности Страхователя.
7.4.2. Выкупная сумма, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату досрочного прекращения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.
7.5. Выкупная сумма выплачивается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты досрочного прекращения договора страхования жизни (договора комбинированного страхования) или получения Страховщиком всех необходимых документов согласно п. 7.9 настоящих Правил, в зависимости от того, какое событие наступит позднее.
7.6. Если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации, при досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подп. 7.1.6 Правил страхования Страховщик производит Страхователю – физическому лицу возврат уплаченной страховой премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления, указанного в подп. 7.1.6 Правил страхования.
7.7. При досрочном прекращении договора ДМС или договора комбинированного страхования соответствии с подп. 7.1.4 Правил страхования Страховщик производит Страхователю возврат уплаченной страховой премии по медицинскому страхованию за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало медицинское страхование, в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, из числа предусмотренных в п. 7.9 Правил страхования (с учетом, того что из них применимо), если иной срок для возврата не установлен действующим законодательством Российской Федерации и/или договором страхования.
7.8. В иных случаях, кроме указанных в п. 7.6 и 7.7 настоящих Правил или в договоре страхования (если такие случаи предусмотрены договором страхования), вопрос о возврате уплаченной страховой премии (ее части) по медицинскому страхованию при досрочном прекращении договора ДМС или договора комбинированного страхования регламентируется действующим законодательством Российской Федерации. При этом, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации или договором страхования, такой возврат уплаченной страховой премии/части страховой премии по медицинскому страхованию (если полагается) производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, из числа предусмотренных в п. 7.9 Правил страхования (с учетом, того что из них применимо) или даты прекращения договора страхования (в зависимости от того, что наступит позднее).
7.9. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы (с учетом того, что применимо):

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

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

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

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

7.9.5. в случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, из числа предусмотренных в подп. 7.1.4, 7.1.8 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств. При этом на заявителя возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля), кроме того в случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа;

7.9.6. в случае возврата уплаченной страховой премии (ее части) и/или выплаты выкупной суммы (с учетом того, что применимо) лицу, не являющемуся налоговым резидентом Российской Федерации, предоставлению Страховщику подлежит оригинал или надлежащим образом заверенная копия документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика, присвоенного иностранным государством (территорией), налоговым резидентом которого он является (при наличии такого документа).

7.10. Окончание срока действия договора страхования не прекращает возникшие обязательства Сторон, если иное не предусмотрено Правилами страхования или договором страхования.

Если иное не предусмотрено настоящими Правилами страхования и/или договором страхования, расторжение договора страхования до истечения срока, на который он был заключен, влечет за собой прекращение всех обязательств Сторон по договору страхования, за исключением тех, которые связаны с прекращением договора страхования. В частности, досрочное прекращение действия договора страхования прекращает обязательства Страховщика по осуществлению страховой(-ых) выплат(-ы) (как по заявленным событиям, так и по событиям, о которых Страховщик не был уведомлен) и начиная со дня, следующего за последним днем действия договора страхования, страховая(-ые) выплата(-ы) не производится(-ятся).

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

8. Страховые выплаты по страхованию жизни

8.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая по страховым рискам, предусмотренным договором страхования из числа указанных в подп. 3.1.1–3.1.4 Правил, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик осуществляет страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в договоре страхования.

8.2. При наступлении страховых случаев по страховым рискам, предусмотренным договором страхования из числа указанных в подп. 3.1.1 -3.1.4 Правил, страховые выплаты осуществляются в следующем порядке и размере (с учетом того, что установлено договором страхования для отдельных страховых рисков):

8.2.1. по страховому риску **«дожитие»** - единовременно, в размере 100 % (сто процентов) страховой суммы, установленной договором страхования по данному страховому риску;

8.2.2. по страховому риску **«смерть (с возвратом взносов)»** - единовременно, в размере уплаченной на дату наступления страхового случая страховой премии по договору страхования в совокупности по всем страховым рискам при уплате страховой премии единовременно или в размере уплаченных на дату наступления страхового случая страховых взносов по договору страхования в совокупности по всем страховым рискам при уплате страховой премии в рассрочку (в зависимости от того, что применимо).

8.2.3. по страховому риску **«диагностирование особо опасного заболевания»** - единовременно, в размере 100% (сто процентов) страховой суммы, установленной договором по данному страховому риску.

8.2.4. по страховому риску **«хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»** - единовременно, в размере, определяемом в проценте от страховой суммы, установленной договором по данному страховому риску, в соответствии с «Таблицей размеров страховой выплаты по страховому риску «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния» (Приложение № 2 к Правилам).

8.3. Размер страховых выплат по страховым рискам **«диагностирование особо опасного заболевания», «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»** за весь срок страхования по всем страховым случаям, относящимся к соответствующему страховому риску, не может превышать размера страховой суммы, установленной договором по такому страховому риску.

8.4. В случае если Страховщиком за период действия договора страхования по страховому риску из числа **«диагностирование особо опасного заболевания», «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»** была(-и) произведена(-ы) страховая(-ые) выплата(-ы) в размере страховой суммы, установленной договором по соответствующему страховому риску, то обязательства Страховщика по такому страховому риску (в отношении соответствующего Застрахованного лица, если по договору несколько Застрахованных лиц) считаются полностью исполненными, и срок страхования по соответствующему страховому риску прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств.

8.5. Страховая выплата, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату принятия Страховщиком решения о страховой выплате, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, предусмотренным договором страхования из числа указанных в подп. 3.1.1–3.1.4 Правил страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

8.6.1. в отношении страхового риска **«дожитие»** – в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня наступления страхового случая по данному страховому риску.

8.6.2. в отношении страховых рисков **«смерть (с возвратом взносов)»**, **«диагностирование особо опасного заболевания», «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»** – в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

8.7. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страховым рискам из числа указанных в подп. 3.1.1–3.1.4 Правил, Страхователь (Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.7.1. платежные документы, подтверждающие уплату страховой премии (при заключении договора страхования способом, указанным в подп. 5.1.3 Правил).

8.7.2. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) от каждого заявителя отдельно (если их несколько).

8.7.3. документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя), и, если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследника) и /или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака) и /или согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации)).

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

8.7.5. документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативных правовых актов в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и

финансированию терроризма, законодательства о персональных данных (в частности, согласие на обработку персональных данных, которое предоставляется по требованию Страховщика в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия).

8.7.6. дополнительно к указанному в подп. 8.7.1–8.7.5 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие»** предоставляется документ, свидетельствующий о нахождении Застрахованного лица в живых: свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершение таких действий органом / должностным лицом), или, по согласованию со Страховщиком, надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного лица или выписка из него. При этом дата указанного свидетельства или дата заверения копии / выписки паспорта Застрахованного лица должна быть не ранее дня следующего за днем наступления страхового случая.

8.7.7. дополнительно к указанному в подп. 8.7.1–8.7.5 настоящих Правил по страховому риску **«смерть (с возвратом взносов)»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

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

8.7.7.2. 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 или выписки из них;

8.7.7.3. если событие произошло в результате болезни Страховщику должны быть представлены документы из медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо, раскрывающие обстоятельства события (основной диагноз, результаты дополнительных методов исследования, проводимого лечения (включая сроки) заболевания, либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

8.7.7.4. если событие произошло в результате иных причин, чем болезнь, Страховщику должны быть представлены документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, акт о несчастном случае на производстве, справки, определения), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.7.8. дополнительно к указанному в подп. 8.7.1–8.7.5 настоящих Правил по страховому рискам **«диагностирование особо опасного заболевания», «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.7.8.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования (установления) заболевания (состояния), и результатами клинико-диагностического лабораторного и/или инструментального исследования на основании которых диагностировано (установлено) такое заболевание (состояние), в т.ч. результаты морфологического исследования (когда применимо), даты проведения хирургических вмешательств (операций), названия и результатов хирургических вмешательств (операций) и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.7.8.2. документы, указанные в подп. 8.7.7.4 настоящих Правил (применимо по страховому риску «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»).

8.8. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, указанные в настоящих Правилах документы, предоставляемые Страховщику при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом:

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

8.8.2. на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

8.9. Предусмотренный п. 8.7 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим в отношении страховых рисков, из числа указанных в подп. 3.1.1–3.1.4 Правил страхования.

8.10. Страховщик вправе, в том числе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в частности, основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, запрашивая сведения (информацию), в т.ч. с получением таких сведений (информации) в виде электронного документа, подписанного электронной подписью в соответствии с действующим законодательством, из единого государственного реестра записей актов гражданского состояния, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, единой информационной системы нотариата и прочих информационных систем, предусмотренных законодательством Российской Федерации). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в настоящих Правилах страхования перечень документов, предоставляемых Страховщику при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также принять иные документы, сведения (информацию) (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

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

8.12. Решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате, Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных (в т.ч. запрошенных дополнительно) и самостоятельно полученных документов.

8.13. Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) и осуществляет ее в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения

Страховщиком последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных дополнительно и/или самостоятельно полученных Страховщиком) документов.
8.14. Решение об отказе в страховой выплате (в т.ч. при непризнании события страховым случаем) Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных дополнительно и/или самостоятельно полученных Страховщиком) и в этот же срок направляет Выгодоприобретателю уведомление с обоснованием отказа.
8.15. Страховая выплата в денежной форме производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию Сторон.

9. Страховые выплаты по медицинскому страхованию

9.1. При наступлении страхового случая по страховым рискам, предусмотренным договором страхования из числа указанных в подп. 3.1.5–3.1.8 Правил, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик осуществляет страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в договоре страхования (в т.ч. в применимых Программах ДМС).
9.2. Страховщик в счет страховой выплаты (кроме случаев, указанных в п. 9.4 Правил) организовывает оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме и порядке, предусмотренном применимой Программой ДМС по соответствующему риску, с привлечением медицинских и/или иных организаций и производит оплату оказанных медицинских и иных услуг непосредственно таким организациям. При этом:

9.2.1. выбор медицинских и иных организаций для оказания медицинских и иных услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) с учетом определенной договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску) территорией оказания услуг.

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

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

9.2.4. Страховщик организует оказание Застрахованному медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС по соответствующему страховому риску, до окончания срока страхования по такому риску (в т.ч. досрочного) во всех случаях кроме следующих:

9.2.4.1. по страховому риску **«лечение критического заболевания»** (кроме оказания услуг, связанных с посмертной репатриацией тела, или обеспечения медикаментами (если такие услуги предусмотрены применимой Программой ДМС)) – до даты их фактического оказания, но не более 120 (ста двадцати) календарных дней с даты окончания срока страхования (как она определена договором страхования) / 10 (десяти) рабочих дней с даты досрочного прекращения срока страхования (с учетом того, что применимо), если в течение срока страхования Страховщик принял решение об организации оказания Застрахованному лицу определенных медицинских и иных

услуг в счет страховой выплаты, но на дату окончания срока страхования (в т.ч. досрочного) они Застрахованному лицу оказаны не были;

9.2.4.2. по страховому риску «**лечение критического заболевания»** в части услуг, связанных с посмертной репатриацией тела (если такие услуги предусмотрены применимой Программой ДМС) – до момента окончания посмертной репатриации тела, если смерть Застрахованного лица наступила в период оказания ему медицинских услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС (в т.ч. в случае, указанном в подп. 9.2.4.1 Правил) и Страховщик до окончания срока страхования (в т.ч. досрочного) принял решение по организации оказания обратного проезда Застрахованного лица к месту его постоянного проживания/ по организации оказания услуг по посмертной репатриации тела (с учетом того, что применимо) в счет страховой выплаты;

9.2.4.3. по страховому риску «**лечение критического заболевания»** в части обеспечения медикаментами – до даты их фактической поставки Застрахованному лицу, если в течение срока страхования Страховщик принял решение об организации оказания Застрахованному лицу медицинских услуг в виде обеспечения медикаментами в счет страховой выплаты, но на дату окончания срока страхования (в т.ч. досрочного) они Застрахованному лицу оказаны не были;

9.2.4.4. по страховому риску **«второе медицинское мнение»**, **«чек-ап»**, «**дистанционная медицинская консультация»** – до даты их фактического оказания, но не более 10 (десяти) рабочих дней с даты окончания срока страхования (в т.ч. досрочного), если в течение срока страхования Страховщик принял решение об организации оказания Застрахованному лицу определенных медицинских и иных услуг в счет страховой выплаты, но на дату окончания срока страхования (в т.ч. досрочного) они Застрахованному лицу оказаны не были.

9.3. В случае, указанном в п. 9.2 Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) должно в течение срока страхования обратиться к Страховщику (сервисной компании, если привлекается Страховщиком) и предоставить следующие сведения и/или документы:

9.3.1. сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения).

9.3.2. документы, указанные в подп. 8.7.1–8.7.4 Правил страхования.

9.3.3. документы и/или сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, в целях аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и /или сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов).

9.3.4. документы (в т.ч. медицинского характера) и/или сведения, необходимые для организации и/или оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей применимой Программой ДМС, Страховщик может ограничить период, за который предоставляются медицинские документы). При этом:

9.3.4.1. по риску **«лечение критического заболевания»**: наиболее распространенными в этой связи являются медицинские документы, которые содержат информацию, касающуюся критического заболевания и подтверждают поставленный Застрахованному лицу диагноз (в частности, выписка из истории болезни, результаты проведенных Застрахованному лицу исследований, в связи с диагностированием ему критического заболевания); документы, необходимые для оказания иных услуг по организации проезда Застрахованного лица до места оказания медицинских услуг (если такие услуги оказываются Застрахованному лицу на территории иностранного государства);

9.3.4.2. по риску **«второе экспертное медицинское мнение»**: наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинские документы, содержащие первое медицинское мнение (в частности, выписка из истории болезни с

указанием назначенного и проведенного Застрахованному лицу лечения, первичное заключение врача-специалиста о наличии у Застрахованного лица заболевания, включая результаты медицинского обследования, на основании которых вынесено такое заключение).

9.3.4.3. по риску **«чек-ап»**: наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинские документы с указанием медицинских назначений, документы необходимые для оказания иных услуг по организации проезда Застрахованного лица до места оказания медицинских услуг, если такие услуги оказываются Застрахованному лицу на территории иностранного государства.

9.3.4.4. по риску **«дистанционная медицинская консультация»**: наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинские документы, содержащие дополнительные сведения о причине обращения за медицинской помощью (в частности выписки из медицинских карт, результаты проведенных обследований и консультаций врачей-специалистов).

9.4. Договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску) для риска **«лечение критического заболевания»** (в части обеспечения медикаментами) и/или для риска **«чек-ап»** (в части отдельных категорий (видов) иных услуг, связанных с проездом и проживанием Застрахованного лица в месте оказания ему медицинских услуг, в случаях и объеме предусмотренном применимой Программой ДМС (также – «иные услуги, связанные с проездом и проживанием в месте оказания медицинских услуг»)) может быть предусмотрена самостоятельная оплата **в течение срока страхования** Застрахованным лицом (иным лицом действующим в интересах Застрахованного лица (если предусмотрено соглашением Сторон)) оказанных Застрахованному лицу таких услуг, указанных в применимой Программе ДМС по соответствующему риску, и последующая компенсация Страховщиком расходов по оплате таких услуг (т.е. страховая выплата в денежной форме) при условии установления факта наступления страхового случая и отсутствия оснований для отказа в страховой выплате.

9.5. В случае, указанном в п. 9.4 Правил, Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо) должен в нижеуказанные сроки предоставить Страховщику следующие документы:

9.5.1. документы, указанные в подп. 8.4.1–8.4.4 Правил.

9.5.2. документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и/или обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, для идентификации Застрахованного лица в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и/или сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов).

9.5.3 дополнительно к перечисленному в подп. 9.5.1, 9.5.2 настоящих Правил по риску **«лечение критического заболевания»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

9.5.3.1. документы, подтверждающие назначение медикаментов лечащим врачом, осуществляющим лечение критического заболевания, предусмотренного применимой Программой ДМС. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из истории болезни / амбулаторной карты, рецептурный бланк, оформленный медицинским работником;

9.5.3.2. платежные документы, подтверждающие расходы на приобретение (оплату) медикаментов, с указанием наименования, количества и стоимости каждого приобретенного препарата. Наиболее распространенными в этой связи документами являются товарные и кассовые чеки фармацевтических организаций;

9.5.3.3. документы, подтверждающие родство Застрахованного лица с действующим в его интересах иным лицом, осуществившим оплату медикаментов (если отличаются), назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, осуществляющим лечение критического заболевания, предусмотренного соответствующей Программой ДМС (в

случае, если соглашением Сторон предусмотрена возможность оплаты медикаментов иным лицом действующим в интересах Застрахованного лица). Наиболее распространенными в этой связи документами являются свидетельство о заключении брака; свидетельство о рождении; свидетельство об усыновлении (удочерении).

9.5.4. дополнительно к перечисленному в подп. 9.5.1, 9.5.2 настоящих Правил по риску **«чек-ап»** предоставляются (с учетом того, что применимо): документы, подтверждающие расходы на иные услуги, связанные с проездом и проживанием в месте оказания медицинских услуг, и факт оказания таких иных услуг Застрахованному лицу. Наиболее распространенными в этой связи документами являются: билеты на авиа-, железнодорожный и иной вид транспорта, определенный (согласованный) Страховщиком; посадочный талон; справка с указанием маршрута такси; квитанция из личного кабинета мобильного приложения такси; кассовый чек / иной платежный документ, оформленный на бланке строгой отчетности; квитанция (талон) либо иной документ, подтверждающий заключение договора на оказание гостиничных услуг; документы, подтверждение бронирования гостиницы или ваучер; заграничный паспорт с отметкой органа пограничного контроля (пункта пропуска) о пересечении государственной границы Российской Федерации и визой (если проставляется в паспорте), документы об оплате визового (консульского) сбора.

При этом документы, указанные в настоящем пункте (с учетом того, что применимо) должны быть предоставлены Страховщику: по риску **«чек-ап»** - в течение 45 (сорока пяти) календарных дней после оказания Застрахованному лицу иных услуг, связанных с проездом и проживанием в месте оказания медицинских услуг; по риску **«лечение критического заболевания»** - в течение 30 календарных дней после оплаты медикаментов (возникновения расходов на обеспечение медикаментами).

9.6. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску (в случае страховой выплаты согласно п. 9.2 Правил) и/или суммой расходов, **произведенных в течение срока страхования**, которые Страховщик компенсирует в соответствии с условиями договора страхования, в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску (в случае страховой выплаты согласно п. 9.4 Правил), в пределах лимитов ответственности, установленных договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску). При этом в случае страховой выплаты согласно п. 9.4 Правил, если по страховому риску **«чек-ап»** расходы на иные услуги, связанные с проездом и проживанием в месте оказания медицинских услуг, произведены в иностранной валюте, то в целях определения страховой выплаты, подлежащей уплате в рублях, в отношении таких расходов применяется курс, установленный Центральным банком Российской Федерации для такой иностранной валюты на дату оплаты соответствующих иных услуг, связанных с проездом и проживанием в месте оказания медицинских услуг (если иное не предусмотрено договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС)).

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

9.7.1. если агрегатная страховая сумма по соответствующему страховому риску установлена на весь срок действия договора страхования, то в случае осуществления в период действия такого договора страхования страховых(-ой) выплат(-ы) в размере установленной по данному страховому риску агрегатной страховой суммы, обязательства Страховщика по такому риску считаются исполненными по договору страхования в полном объеме и срок страхования по соответствующему страховому риску прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств.

9.7.2. если агрегатная страховая сумма по соответствующему страховому риску установлена отдельно на каждый полисный год, то в случае осуществления в течение определенного полисного года страховых(-ой) выплат(-ы) в размере установленной по такому страховому риску на данный полисный год агрегатной страховой суммы, обязательства Страховщика по

соответствующему страховому риску за такой полисный год считаются исполненными в полном объеме.

9.8. Предусмотренный в п.п. 9.3, 9.5 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим в отношении страховых рисков, из числа указанных в подп. 3.1.5–3.1.8 Правил страхования. При этом, при предоставлении Страховщику таких документов должны выполняться требования, установленные в п. 8.8 Правил, и Страховщик также может реализовать права, предусмотренные в п.п. 8.10, 8.11 Правил.

9.9. В случае, указанном в п. 9.2 Правил, Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц (в т.ч. сервисной компании) в течение 30 (тридцати) календарных дней (если иной меньший срок не предусмотрен договором страхования, в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему риску) с момента получения последнего из всех необходимых документов и сведений (в т. ч. запрошенных дополнительно) в счет страховой выплаты (в случае признания события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) начинает организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску.

9.10. В случае, указанном в п. 9.4 Правил, Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты (при признании произошедшего события страховым случаем и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) и осуществляет ее единовременно (порядок страховой выплаты) в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных дополнительно и/или самостоятельно полученных Страховщиком) документов. При этом применяются положения п. 8.15 Правил.

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

10. Основания для отказа в страховой выплате

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

10.1.1. если страховой случай по любому страховому риску, предусмотренному Правилами (кроме страхового риска **«дожитие»**), наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух полных лет.

10.1.2. если страховой случай по любому страховому риску, предусмотренному Правилами (кроме страховых рисков **«дожитие»**, **«смерть (с возвратом взносов)»**), наступил вследствие:

10.1.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

При этом договором страхования может быть предусмотрено, что основания освобождения в страховой выплате, из числа указанных в подп. 10.1.2.1–10.1.2.3 Правил, не применяются в отношении также иных, помимо указанных в настоящем подпункте Правил, страховых рисков.

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, в т.ч. в отношении соответствующего Застрахованного лица, (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия (раздел 3 Правил страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования (в т.ч. приложении(-ях) к ним (если применимо(-ы) к договору страхования) и в применимой(-ых) Программе(-ах) ДМС или в отношении соответствующего Застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск).

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

10.2.3. событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).

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

10.2.5. в случаях освобождения Страховщика от страховой выплаты в соответствии с п. 10.1 настоящих Правил страхования.

10.2.6. на основании п. 7.10 настоящих Правил страхования.

11. Права и обязанности

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (включая приложения).

11.1.2. предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме и в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии). При этом, информация предоставляется в следующем порядке: на основании письменного запроса Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса (если меньший срок не установлен законодательством Российской Федерации), используя способы взаимодействия, которые установлены договором страхования.

11.1.3. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести исполнение по договору страхования в соответствии с Правилами страхования и/или договором страхования (в т.ч. в соответствии с применимой Программой ДМС по соответствующему риску).

11.1.4. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением договора страхования.

11.2. Страховщик имеет право:

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

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

11.2.3. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

11.2.4. запросить недостающие документы/сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 8.11 настоящих Правил.

11.2.5. проверять выполнение Страхователем положений договора страхования.

11.2.6. осуществлять иные действия для исполнения положений договора страхования.

11.3. Страхователь обязан:

11.3.1. уплачивать страховую премию в порядке, размере и в сроки, определенные договором страхования.

11.3.2. при заключении договора страхования предоставить сведения и/или документы, необходимые для заключения договора страхования и/или оценки страхового риска (в т. ч. медицинского характера).

11.3.3. незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений, предоставленных Страховщику при заключении договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

11.3.4. если соглашением Сторон не предусмотрено иное, уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих изменение страхового риска, в соответствии с п. 5.10 настоящих Правил страхования в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом Стороны могут согласовать иные сроки уведомления.

11.3.5. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей.

11.3.6. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами страхования сроки.

11.3.7. ознакомить Застрахованное лицо с его правами по договору страхования и известными Страхователю условиями организации оказания медицинских и иных услуг, а также в части медицинского страхования обеспечить исполнение Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных настоящим разделом и применимой(-ыми) Программой(-ами) ДМС.

11.4. Страхователь имеет право:

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

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

11.4.3. получить дубликат договора страхования в случае его утраты.

11.4.4. досрочно расторгнуть договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика.

11.4.5. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. применимой(-ыми) Программой(-ами) ДМС).

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

11.4.7. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

11.4.8. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

11.5. Застрахованное лицо в части медицинского страхования обязано:

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

11.5.2. не передавать договор страхования (в т.ч. сведения о нем), пропуск в медицинские организации (если оформлялся) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

11.5.3. соблюдать условия, предусмотренные применимой(-ыми) программой(-ами) ДМС по соответствующему(-им) риску(-ам) (в т.ч. обратиться к Страховщику (привлеченной им сервисной компании) в сроки и порядке, предусмотренные применимой Программой ДМС «Чек-ап», в целях согласования расходов на оплату соответствующих видов иных услуг (если договором страхования по риску «чек-ап» в отношении таких иных услуг предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил)).

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

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

Приложение № 1
к Правилам комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/03.00,
утвержденным Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 15.08.2023 № Пр/165

Список особо опасных заболеваний

1. К **особо опасному заболеванию** относятся следующие заболевания:
   1.1. Меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN0M0 по международной классификации TNM;
   1.2. Впервые диагностированная карцинома in situ одной или обеих молочных желез (преинвазивный или интраэпителиальный рак, который остался ограниченным слоем ткани, из которого он впервые развился, и еще не привел к инвазии в нормальные окружающие ткани или другие части тела) или дисплазия шейки матки (CIN-3);
   1.3. Злокачественное новообразование предстательной железы, соответствующее одному или двум из следующих критериев:
      - стадия T1aN0M0 или T1bN0M0 по классификации TNM,
      - значение индекса Глисона - менее или равному 6 (шести) баллам (что относится к группе 1 гистологической прогностической классификации рака предстательной железы по ISUP[1])
   1.4. Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия A (по классификации Binet) или стадия I (по классификации RAI);
   1.5. Папиллярная или Фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1N0M0;
   1.6. Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически диагностированный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше.

Примечание: по согласованию между Страхователем и Страховщиком договором страхования может быть предусмотрен сокращенный перечень заболеваний, которые будут относиться к особо опасному заболеванию, могут быть изменены/исключены отдельные положения данного Приложения. В таком случае Приложение применяется в измененном виде.

[1] ISUP – international society of uropatologists / международной ассоциации уропатологов

Приложение № 2
к Правилам комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/03.00,
утвержденным Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 15.08.2023 № Пр/165

Таблица размеров страховой выплаты по страховому риску
«хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»

При заключении договора страхования Стороны могут договориться об изменении размера выплат по одной или нескольким статьям, приведенным в Таблице ниже, или исключении отдельных положений настоящего Приложения. В таком случае Приложение применяется в измененном в виде.

Статья	Определение медицинской процедуры	Размер страховой выплаты (% от страховой суммы по риску «хирургическое вмешательство в результате заболевания или состояния»)
	ОПЕРАЦИИ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	
01	Радикальная мастэктомия, назначенная онкологом / маммологом, в результате впервые диагностированной в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица карциномы in situ одной или обеих молочных желез. При этом: - Случаи одновременной мастэктомии обеих молочных желез считаются в целях исполнения договора страхования одной медицинской процедурой (одним событием, имеющим признаки страхового случая). - Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и/или цитологического метода(-ов)).	30%
	ОПЕРАЦИИ НА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ	
02	Радикальная гистерэктомия, назначенная онкологом, в результате впервые диагностированной в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица дисплазии шейки матки (CIN-3). При этом: - Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и/или цитологического метода(-ов)).	30%
	ШУНТИРОВАНИЕ И/ИЛИ ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ	
03	Баллонная ангиопластика (или аналогичная процедура внутриартериальной катетеризации) с использованием стента или без него, назначенная кардиологом / кардиохирургом с целью лечения стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий. Необходимость проведения и проведение хирургического вмешательства должны быть подтверждены в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица кардиологом / кардиохирургом и методом коронарной ангиографии.	100%
	ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИЗНЕННО-ВАЖНЫХ ОРГАНОВ	

04	Трансплантация Застрахованному лицу в качестве реципиента жизненно-важного органа: сердца, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), обусловленная финальной стадией недостаточности указанных в определении органов, генетическими и метаболическими заболеваниями. При этом: - Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены трансплантологом в период срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица. - Случаи одновременной пересадки нескольких из указанных в определении органов считаются в целях исполнения Договора страхования одной трансплантацией (одним событием, имеющим признаки страхового случая).	100%
	НЕЙРОХИРУРГИЯ	
05	Экстренное хирургическое лечение доброкачественного или злокачественного новообразования головного или спинного мозга; новообразования мозговой оболочки; новообразования гипофиза; ангиомы головного мозга; сосудистого заболевания центральной нервной системы (нарушение мозгового кровообращения; нарушение спинального кровообращения); васкулярная и эндоваскулярная хирургия вследствие васкулярного порока развития сосудов.	100%
06	Плановое или экстренное хирургическое лечение отдельных нервов, нервных корешков, сплетений и спондилопатии (МКБ-10: G50-G59, M45-M54).	50%
07	Плановое или экстренное хирургическое лечение церебральных расстройств, вызванных внешним повреждением (травмой) головного мозга (МКБ-10: S04, S06.1-S06.9, S.07-S.09, T.90.3, T.90.5, T.90.8, T.90.9), произошедшими в течение срока страхования	50%

Приложение № 3
к Правилам комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/03.00,
утвержденным Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 15.08.2023 № Пр/165

Условия
для Программы добровольного медицинского страхования
«Лечение критического заболевания»

Раздел 1. Общие положения. Критические заболевания, при которых оказываются медицинские и иные услуги.

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску «лечение критического заболевания» (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате):

1.1.1. в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные применимой к такому договору страхования Программой ДМС «Лечение критического заболевания» (далее – «применимая Программа ДМС»), в которую могут быть включены все или отдельные медицинские и иные услуги, из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий;

1.1.2. осуществляет страховую выплату в денежной форме *(если договором страхования будет предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил страхования, и при условии, что в применимую Программу ДМС будут включены соответствующие услуги, из числа указанных в Разделе 2 настоящих условий*): производит компенсацию расходов на обеспечение медикаментами.

1.2. По страховому риску «лечение критического заболевания» установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования на каждый полисный год в течение срока страхования по данному страховому риску, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение одного полисного года;

1.2.2. не более двукратного размера страховой суммы, установленной по данному страховому риску совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение всего срока страхования по такому страховому риску.

1.3. Оказание медицинских услуг и иных услуг производится в объеме, предусмотренном в применимой Программой ДМС из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий, и в пределах лимитов страхового обязательства Страховщика вследствие **критического заболевания,** под которыми понимается предусмотренные применимой Программой ДМС заболевание и (или) состояние, диагностированное / установленное Застрахованному лицу врачом-специалистом в течение срока страхования впервые в жизни, из числа следующих:

1.3.1. **Злокачественное новообразование (рак)** (также именуется **«Злокачественное новообразование»**).

Под определением «Злокачественное новообразование» понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования по данному страховому риску впервые в жизни, на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

В определение «Злокачественное новообразование (рак)» в том числе включаются: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга и саркома.

При этом из определения «Злокачественное новообразование» исключаются:

1.3.1.1. Меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN0M0 по международной классификации TNM;

1.3.1.2. Злокачественное новообразование предстательной железы, соответствующее следующим критериям:

- стадия T1aN0M0 или T1bN0M0 по классификации TNM, и (или)
- значение индекса Глисона - менее или равному 6 (шести) баллам (что относится к группе 1 гистологической прогностической классификации рака предстательной железы по ISUP*[1])

1.3.1.3. Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли, гистологически описанные как доброкачественные или предраковые заболевания;

1.3.1.4. Базальноклеточная карцинома кожи и плоскоклеточная карцинома кожи, и выбухающая дерматофибросаркома;

1.3.1.5. Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации RAI);

1.3.1.6. Папиллярная или Фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1N0M0;

1.3.1.7. Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически диагностированный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;

1.3.1.8. Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

1.3.2. **Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу шунтирования на коронарных артериях** (также именуется **«Шунтирование»** или **«Шунтирование коронарных артерий»**).

Под определением «Шунтирование» и (или) «Шунтирование коронарных артерий» понимается состояние, требующее проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства на сердце доступом срединной стернотомии (хирургическое рассечение грудины), назначенное врачом-специалистом (кардиологом / кардиохирургом) по проведению прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом, заключающегося в наложении анастомозов с целью коррекции стеноза или окклюзии и восстановления коронарного кровообращения в одной или нескольких коронарных артерий. Необходимость проведения и проведение хирургического вмешательства должны быть подтверждены в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица врачом-специалистом (кардиологом / кардиохирургом и методом коронарной ангиографии.

При этом из определения «Шунтирование коронарных артерий» исключаются все нехирургические методы воздействия (вмешательства), в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, стентирование, баллонная ангиопластика, лечение лазером и прочие интраартериальные техники, не предусматривающие проведение стернотомии.

1.3.3. **Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу хирургии сердечного клапана** (также именуется **«Хирургия сердечного клапана»**).

Под определением «Хирургия сердечного клапана» понимается состояние, требующее проведения Застрахованному лицу открытой или эндоскопической операции, проводимой для замены (протезирования) или восстановления (пластики) одного или нескольких сердечных клапанов. Также включаются малоинвазивные процедуры и транскатетерная замена аортального клапана. Необходимость проведения и хирургическое вмешательство на сердечном клапане (клапанах) должны быть подтверждены в течение срока страхования по данному страховому риску впервые в жизни Застрахованного лица.

[1] ISUP – international society of uropatologists / международной ассоциации уропатологов

Определение «Хирургия сердечного клапана» включает в себя операции на аортальном, митральном, легочном или трикуспидальном клапане. Процедура должна быть проведена по рекомендации врача-специалиста (кардиолога / кардиохирурга).

При этом из определения «Хирургия сердечного клапана» исключаются: вальвулотомия, вальвулопластика, другие виды лечения, проводимые без замены (протезирования) или восстановления (пластики) клапанов.

1.3.4. **Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу трансплантации в качестве реципиента жизненно-важного органа / части органа (легкого, печени, почки, костного мозга)** (также именуется **«Трансплантация»**).

Под определением «Трансплантация» понимается состояние, требующее проведения Застрахованному лицу трансплантации (пересадки) в качестве реципиента жизненно-важного органа / части органа (легкого, печени, почки, костного мозга), обусловленное финальной стадией недостаточности указанных в определении органов, генетическими и (или) метаболическими заболеваниями.

Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены медицинским заключением о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека или иным медицинским документом, выданным лечащим врачом-специалистом / консилиумом врачей, в соответствии с требованиями законодательства в области трансплантации, действующего в государстве, в котором Застрахованное проходит лечение и (или) получает соответствующее назначение, в течение срока страхования по данному страховому риску впервые в жизни Застрахованного лица. Случаи одновременной пересадки нескольких из указанных в определении органов считаются в целях исполнения договора страхования одной трансплантацией (одним событием, имеющим признаки страхового случая).

Трансплантация костного мозга предусмотрена в случае лечения злокачественного новообразования (рака).

При этом из определения «Трансплантация» исключаются:

1.3.4.1. Пересадка других органов, а также частей органов или тканей, не входящих в определение «Трансплантация»;

1.3.4.2. Проведение трансплантации, когда Застрахованное лицо выступает донором в пользу третьего лица;

1.3.4.3. Трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками (за исключением трансплантации костного мозга).

1.3.5. **Заболевание или состояние центральной нервной системы, головного и спинного мозга, требующее проведения планового хирургического лечения** (также именуется **«Нейрохирургия»**).

В определение «Нейрохирургия» включается плановое хирургическое лечение в связи с: доброкачественным или злокачественным новообразованием головного или спинного мозга; новообразованием мозговой оболочки; новообразованием гипофиза; ангиомой головного мозга; сосудистым заболеванием центральной нервной системы (нарушение мозгового кровообращения; нарушение спинального кровообращения), а также васкулярная и эндоваскулярная хирургия вследствие васкулярного порока развития сосудов головного или спинного мозга.

Необходимость проведения и проведение **«Нейрохирургии»** должны быть подтверждены врачом-специалистом в течение срока страхования по данному страховому риску впервые в жизни Застрахованного лица.

При этом по смыслу настоящего определения не является «Нейрохирургией» плановое хирургическое лечение, вызванное:

1.3.5.1. Демиелинизирующими болезнями центральной нервной системы (Международная классификация болезней 10-го пересмотра (далее МКБ-10): G35-G37);

1.3.5.2. Синдромом Гийена-Барре;

1.3.5.3. Болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными болезнями нервной системы (МКБ-10: G30-G31);

1.3.5.4. Поражениями отдельных нервов, нервных корешков, сплетений и спондилопатии (МКБ-10: G50-G59, M45-M54);

1.3.5.5. Болезнью Паркинсона;
1.3.5.6. Болезнью двигательного неврона (МКБ-10: G12.2);
1.3.5.7. Эпилепсией (МКБ-10: G40);
1.3.5.8. Церебральными расстройствами, вызванными мигренью;
1.3.5.9. Церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;
1.3.5.10. Приступами вертебробазилярной ишемии;
1.3.5.11. Сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв, кохлеарными расстройствами.

Раздел 2. Объем медицинских и иных услуг

2.1. Медицинские услуги, предоставляемые при **критическом заболевании**, предусмотренном в разделе 1 настоящих Условий (с учетом того, что применимо к определенному критическому заболеванию, из числа указанных в подп. 1.3.1 – 1.3.5 настоящих Условий):

Предоставляемые услуги
2.1.1. «Злокачественное новообразование (рак)»:
2.1.1.1. Стационарная медицинская помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
в) Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом; перевязочные средства; медицинские расходные материалы; кровь и ее компоненты
и) Имплантация необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего и наружного протезирования
к) Медицинские приборы и устройства
л) Пребывание в палате стационара (включая питание)
м) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
2.1.1.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
д) Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом; перевязочные средства; медицинские расходные материалы
е) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
ж) Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом

2.1.1.3. Паллиативная медицинская помощь. Паллиативная помощь может оказываться Застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях. При этом, услуга по пребыванию Застрахованного лица в стационаре предоставляется, если заболевание, которым страдает Застрахованное лицо одновременно соответствует следующим критериям: • носит прогрессирующий характер (т.е. постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии; • является неизлечимым, обусловливая необходимость стационарного паллиативного лечения, и позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превышает нескольких недель или месяцев.
2.1.2. «Шунтирование»:
2.1.2.1. Стационарная медицинская помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
в) Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом; перевязочные средства; медицинские расходные материалы; кровь и ее компоненты
и) Пребывание в палате стационара (включая питание)
к) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
2.1.2.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
е) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом
2.1.2.3. Медицинская реабилитация после перенесенного оперативного вмешательства - до 15 календарных дней непрерывного пребывания в реабилитационном центре / отделении лечебного учреждения за один курс
2.1.3. «Хирургия сердечного клапана»:
2.1.3.1. Стационарная медицинская помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иммунологическая терапия
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы

	е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
	ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
	з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом; перевязочные средства; медицинские расходные материалы; кровь и ее компоненты
	и) Медицинские приборы и устройства
	к) Пребывание в палате стационара (включая питание)
	л) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
2.1.3.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:	
	а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
	б) Диагностирование: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
	в) Лечение включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
	г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
	д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
	е) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом
2.1.4. «Трансплантация»:	
2.1.4.1. Стационарная медицинская помощь:	
	а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
	б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
	в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иммунологическая терапия, гемодиализ
	г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
	д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
	е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
	ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
	з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом; перевязочные средства; медицинские расходные материалы; кровь и ее компоненты
	и) Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации
	к) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
2.1.4.2. Подбор органа для трансплантации, его хранение, перевозка к месту, где будет производиться Трансплантация	
2.1.4.3. Амбулаторно-поликлиническая помощь:	
	а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
	б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
	в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
	г) Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом

д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
е) Гемодиализ, кроме перитонеального диализа
ж) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом
2.1.5. «Нейрохирургия»:
2.1.5.1. Стационарная медицинская помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, ДНК-диагностика, люмбальная пункция
в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное, хирургическое лечение
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом; перевязочные средства; медицинские расходные материалы; кровь и ее компоненты
и) Пребывание в палате стационара (включая питание)
к) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
2.1.5.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: нейрофизиологическое тестирование, ДНК-диагностика, клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение: консервативное лечение после проведения хирургического лечения
г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
е) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом
2.1.5.3. Медицинская реабилитация после перенесенного оперативного вмешательства - до 40 календарных дней пребывания в реабилитационном центре / отделении лечебного учреждения

2.2. Страховщик при наступлении страхового случая самостоятельно или с привлечением сервисной компании и (или) организации(-й), осуществляющей(-их) фармацевтическую деятельность, организует обеспечение Застрахованного лица медикаментами, назначенными лечащим врачом, осуществляющим лечение критического заболевания в рамках применимой Программы ДМС, разрешенными к применению в Российской Федерации (также далее и выше по тексту – «обеспечение медикаментами»). При этом, Страховщик имеет право заменить выписанный медикамент аналогом из этой же группы и самостоятельно определяет торговое наименование предоставляемого медикамента.

Доставка медикаментов осуществляется на территории Российской Федерации: в организацию, осуществляющую фармацевтическую или лечебную деятельность; к месту нахождения Застрахованного лица или иное место, согласованное Страховщиком с Застрахованным лицом.

2.3. *Если договором страхования будет предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил страхования, и при условии, что в применимую Программу ДМС будут включены соответствующие услуги, из числа указанных в Разделе 2 настоящих условий:* в случае, если Застрахованное лицо (иное лицо, действующее в интересах Застрахованного лица) за счет собственных средств приобрело (оплатило) медикаменты в организации, осуществляющей

фармацевтическую деятельность на территории Российской Федерации, назначенные лечащим врачом, осуществляющим лечение критического заболевания в рамках применимой Программы ДМС, разрешенные к применению в Российской Федерации, Страховщик с учетом положений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования, возмещает (компенсирует) такие расходы, произведенные в течение срока страхования Застрахованным лицом (иным лицом, действующим в интересах Застрахованного лица), в пределах лимитов ответственности, установленных применимой Программой ДМС (также далее и выше по тексту – «компенсация расходов на обеспечение медикаментами»).

2.4. В отношении услуг, указанных в п. 2.1 настоящих Условий, установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

2.4.1. по «Шунтированию» (подп. 1.3.2 настоящих Условий):

2.4.1.1. проведение не более двух операций шунтирования на коронарных артериях в течение всего срока страхования;

2.4.1.2. два курса медицинской реабилитации (подп. 2.1.2.3 настоящих Условий) в течение всего срока страхования, после перенесенного оперативного вмешательства;

2.4.2. по «Трансплантации» (подп. 1.3.4 настоящих Условий)

2.4.2.1. не более одной трансплантации в течение каждого полисного года в течение срока страхования;

2.4.2.2. не более 15 (пятнадцати) процедур гемодиализа в течение срока страхования (абзац в) подп. 2.1.4.1 и абзац е) подп. 2.1.4.3 настоящих Условий);

2.4.3. по «Нейрохирургии» (подп. 1.3.5 настоящих Условий)

2.4.3.1. пребывание в палате стационара (включая питание) согласно абзац и) подп. 2.1.5.1 настоящих Условий, в случае необратимого неврологического повреждения, или нахождения в устойчивом вегетативном состоянии - не более 60 (шестидесяти) дней непрерывного пребывания Застрахованного лица в стационаре;

2.4.3.2. один курс медицинской реабилитации (подп. 2.1.5.3 настоящих Условий) в течение полисного года, после перенесенного оперативного вмешательства.

2.5. Иные услуги, предоставляемые при критическом заболевании, указанном в разделе 1 настоящих Условий:

Предоставляемые иные услуги
2.5.1. Проезд Застрахованного лица от места постоянного проживания до места лечения и обратно, если проведение лечения планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица. Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица (на воздушном судне гражданской авиации, железнодорожном транспорте или ином транспорте, определенном Страховщиком с учетом медицинских показаний), встречу Застрахованного в месте проведения лечения, медицинскую транспортировку (при условии, что транспортировка предписана лечащим врачом, необходима по медицинским показаниям и предварительно согласована со Страховщиком) или немедицинскую транспортировку (на такси) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно; оплату проезда (на такси) Застрахованного лица от аэропорта до отеля и обратно в месте пересадки при осуществлении транзитного перелета.
2.5.2. Сопровождение Застрахованного лица для проведения ему лечения, если по заключению специалиста Застрахованному лицу в связи с состоянием здоровья рекомендовано сопровождение. Данная услуга включает организацию и оплату проезда одного сопровождающего лица до места лечения Застрахованного лица и обратно.
2.5.3. Проживание за пределами стационара в месте лечения, если проведение лечения планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица. Данная услуга включает в себя организацию и оплату проживания (услуг входящих в стоимость проживания) Застрахованного лица в отеле 5 звезд[2] с оплатой стоимости завтраков.

[2] Если в месте проведения лечения отсутствуют отели уровня 5 звезд, Стороны могут согласовать размещение Застрахованного лица в отеле более низкого уровня или ином месте размещения.

2.5.4. Сопровождение Застрахованного лица для проведения ему лечения, если по заключению специалиста Застрахованному лицу в связи с состоянием здоровья рекомендовано сопровождение. Данная услуга включает в себя организацию и оплату проживания (услуг входящих в стоимость проживания) одного сопровождающего лица в месте лечения Застрахованного лица в отеле 5 звезд [2], с оплатой стоимости завтраков.
2.5.5. Размещение в отеле в месте пересадки при осуществлении транзитного перелета (если время пересадки составляет более восьми часов - в дневное время и шести часов - в ночное время). Данная услуга включает в себя организацию и оплату проживания (услуг входящих в стоимость проживания) Застрахованного лица и одного сопровождающего лица в отеле 5 звезд[2] в течение 1 (одних) суток.
2.5.6. Визовое сопровождение, оплата визового, консульского сборов (если требуется), если проведение лечения планируется за пределами Российской Федерации.
2.5.7. Сопровождение Застрахованного лица в месте лечения представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.
2.5.8. Услуги переводчика (устный, письменный перевод) на период лечения Застрахованного лица в лечебном учреждении за пределами Российской Федерации.
2.5.9. Письменный перевод на русский/иностранный язык медицинской документации.
2.5.10. Посмертная репатриация тела. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не входят в число оказываемых услуг.

2.6. Кроме указанных выше в настоящих Условиях также используются следующие определения:

2.6.1. Под **«клинико-диагностическими лабораторными исследованиями»** понимаются: гематологические исследования; бактериоскопические исследования; биохимические исследования; вирусологические исследования; иммунологические исследования; клинико-морфологические (гистологические, цитологические) исследования; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитохимические исследования.

2.6.2. Под **«инструментальными исследованиями»** понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная допплеровская флуометрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография.

2.6.3. Под **«сопутствующими расходами»** понимаются затраты, связанные с обеспечением необходимых сопутствующих операции расходных материалов и оказанием услуг, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы; установление аппарата искусственного дыхания, проведение анестезии, установка капельниц.

2.6.4. Под **«медикаментами»** понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, лечебное питание при амбулаторном лечении, укрепляющие / тонизирующие средства, витамины, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн.

2.6.5. Под **«перевязочными средствами»** понимаются медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

2.6.6. **Медицинские расходные материалы** - предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для

диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

2.6.7. Под **«врачебной медицинской помощью»** понимается комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию Застрахованного лица.

2.6.8. Под **«медицинской реабилитацией»** понимается комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций организма после проведенного оперативного вмешательства, а также на предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности Застрахованного лица и его социальную интеграцию в общество.

2.6.9. Под **«сопровождающим лицом»** понимается лицо, сопровождающее Застрахованное лицо до места лечения и обратно, и остающееся с ним в течение времени пребывания Застрахованного лица на лечении. Сопровождающим лицом может быть родственник, супруг (-а), близкий друг и т.п.

2.6.10. Под **«медицинскими приборами и устройствами»** понимаются медицинская аппаратура и приборы, необходимые Застрахованному лицу для сохранения жизни, которые непосредственно облегчают или уменьшают физические дефекты (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, за исключением зубных протезов), предоставленные Застрахованному лицу в течение периода пребывания в стационаре и которые он использует.

2.6.11. **Изделия для внутреннего и наружного протезирования** – это медицинские изделия (кроме зубных протезов), используемые в медицинских целях, предназначенные изготовителем для восстановления, замещения анатомического строения тела: экзопротез молочной железы, глазной протез, протез уха и т.п.

2.6.12. Под **«медицинской транспортировкой»** понимается перевозка Застрахованного лица из места постоянного проживания до места проведения лечения и обратно, либо из одной медицинской организации в другую на транспортном средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

2.6.13. Под **«паллиативной медицинской помощью»** понимается комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больного, являющегося Застрахованным лицом.

2.6.14. Под **«посмертной репатриацией тела»** понимается доставка тела Застрахованного лица к месту его постоянного проживания (месту погребения), если смерть Застрахованного лица наступила в период оказания ему медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало.

2.6.15. Под **«предсуществующим заболеванием»** понимается заболевание, которое у Застрахованного лица было диагностировано на дату заключения договора страхования, находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, предусмотренным в Разделе 1 настоящих Условий, впервые диагностированным / установленным в течение срока страхования.

Раздел 3. Положения о порядке оказания и согласования медицинских и иных услуг

3.1. В течение срока страхования (после диагностирования (установления) Застрахованному лицу критического заболевания, предусмотренного применимой Программой ДМС из числа указанных в п. 1.3 настоящих Условий) Застрахованное лицо должно проинформировать Страховщика о диагнозе любыми доступным способом (факсом, по электронной почте, письмом и т.д.)

3.2. Страховщик в целях осуществления страховой выплаты (при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате):

3.2.1. самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает наиболее подходящую(-ие) медицинскую(-ие) организацию(-и) для лечения критического заболевания, предусмотренного применимой Программой ДМС из числа указанных в подп. 1.3 настоящих Условий, подтвердившее(-ие) готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и (или) проведения соответствующей операции, и направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и программу лечения (план лечения).

Застрахованное лицо в течение 90 (девяноста) календарных дней с даты получения от Страховщика места, времени и программы лечения согласовывает либо отказывает в согласовании предложенных параметров с направлением Страховщику (привлеченной Страховщиком сервисной компании) соответствующего уведомления.

3.2.1.1. При согласовании Застрахованным лицом места, времени и программы лечения Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных договором страхования.

3.2.1.2. При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) программы лечения (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченная сервисная компания) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен для первоначального обращения. При этом, Застрахованное лицо обязано представить актуальные документы и сведения, из числа указанных в Правилах страхования, а Страховщик вправе предложить иную программу лечения, в иной медицинской организации.

3.2.1.3. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и медицинской(-их) организации(-й), с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) организации(-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. Медицинские услуги и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг.

3.2.2. самостоятельно или с привлечением сервисной компании определяет перечень требуемых медикаментов, способ и срок на их закупку, срок доставки Застрахованному лицу, и направляет соответствующее уведомление Застрахованному лицу.

В случае переноса срока доставки медикаментов, определенного Страховщиком, по независящим от Страховщика причинам (в связи с перебоями в поставках, отсутствием аналога и другим причинам), срок доставки медикаментов увеличивается соразмерно времени, требуемом для индивидуального заказа (в том числе за границей) и доставки медикаментов на территорию Российской Федерации, с соответствующим уведомлением Застрахованного лица.

Примечания:

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о включении в применимую Программу ДМС, являющуюся неотъемлемой частью такого договора страхования, всех или отдельных услуг, указанных в Разделе 2 настоящих Условий, а также всех или отдельных критических заболеваний из числа указанных в п. 1.3 настоящих Условий (в т.ч. о дополнении или сокращении случаев, которые исключаются из определения соответствующего критического заболевания).

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Разделами 1 и 2 настоящих Условий, об установлении в применимой Программе ДМС, являющейся неотъемлемой частью такого договора страхования, иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.7 Правил).

Кроме того, в применимой Программе ДМС также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица, порядок оказания и согласования медицинских и иных услуг (с учетом положений, предусмотренных Правилами страхования и Разделом 3 настоящих Условий (в т.ч. могут быть изменены сроки для согласования, указанные в данным Разделом настоящих Условий)), территория оказания услуг, исключения из страхового покрытия, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами страхования и/или договором страхования, неотъемлемой частью которого будет являться такая Программа ДМС (согласно п. 1.4.18 Правил).

Приложение № 4
к Правилам комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/03.00,
утвержденным Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 15.08.2023 № Пр/165

Условия
для Программы добровольного медицинского страхования
«Второе экспертное медицинское мнение»

Раздел 1. Общие положения.

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску «второе медицинское мнение» (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные применимой к такому договору страхования Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение» (далее – «применимая Программа ДМС»), в которую могут быть включены все или отдельные медицинские и иные услуги, из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий.

1.2. По страховому риску «второе медицинское мнение» установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему страховому риску на каждый полисный год, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица;

1.2.2. не более 2 (двух) страховых случаев в течение полисного года. При этом каждое обращение Застрахованного лица за получением услуг, указанных в подп. 2.2.1 настоящих Условий и предусмотренных применимой Программой ДМС, является отдельным страховым случаем.

1.3. В настоящих Условиях используются следующие определения:

1.3.1. *Врач-специалист* - специалист с оконченным высшим медицинским образованием, получивший послевузовское образование в области специализации, практикующий в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющий соответствующую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица (второе экспертное медицинское мнение);

1.3.2. *Второе экспертное медицинское мнение* - повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное врачом-специалистом по итогам удаленного 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);

1.3.3. *История болезни* – медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях 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-специалиста 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, документы, содержащие заключение врача-специалиста, 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. *Первое медицинское мнение* – первичное заключение о наличии у Застрахованного лица заболевания, вынесенное врачом-специалистом, практикующим в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющим соответствующую квалификацию в области медицины, в которой было вынесено такое заключение.

Раздел 2. Объем медицинских и иных услуг

2.1. Настоящие Условия предусматривают медицинские и иные услуги, из числа указных в настоящем разделе, в одной из следующих областей медицины:

2.1.1. Онкология;
2.1.2. Кардиология;
2.1.3. Неврология;
2.1.4. Нефрология;
2.1.5. Ортопедия;
2.1.6. Гематология;
2.1.7. Офтальмология;
2.1.8. Эндокринология;
2.1.9. Пульмонология;
2.1.10. Врожденные дефекты;
2.1.11. ЛОР;
2.1.12. Хирургия;
2.1.13. Ревматология;

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

2.2. Объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу:

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения при соблюдении следующих условий:

2.2.1.1. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачом-специалистом, назначенным по выбору Страховщика и (или) сервисной компании, по итогам рассмотрения и оценки 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.

2.2.1.2. Второе экспертное медицинское мнение проводится врачами-специалистами, осуществляющими медицинскую деятельность на территории России, а также на территории иностранного(-ых) государств(-а), в соответствии с требованиями законодательства такого иностранного государства, на территории которого врачи-специалисты осуществляют свою профессиональную деятельность.

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 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 осуществляется в выбранных Страховщиком (привлеченной им сервисной компанией) медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации:

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 и (или) 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 экспертное медицинское мнение, по итогам рассмотрения и оценки медицинских документов / информации, предоставленной Застрахованным лицом.

2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.2.3.1. Услуги по выполнению перевода на иностранный язык предоставленных Застрахованным лицом релевантных медицинских документов в целях подготовки запроса на получение второго экспертного медицинского мнения и (или) по выполнению перевода на русский язык полученного второго экспертного медицинского мнения.

2.2.3.2. Консультационные услуги в связи с заболеванием (состоянием), в отношении которого Застрахованного лицу представляется второе медицинское мнение:

- консультирование по выбору профильного медицинской организации в России и (или) за рубежом;
- 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;
- информационная поддержка по организации для Застрахованного лица сопутствующих медицинских услуг, предусмотренных в подп. 2.2.2 настоящих Условий, в т.ч. помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и сопровождения, визовая поддержка (без оплаты стоимости лечения, билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению, визового сбора и др. услуг).

Раздел 3. Положения о порядке оказания медицинских и иных услуг

3.1. В целях получения медицинских и иных услуг Застрахованному лицу необходимо обратиться в порядке, предусмотренном в информационных материалах Страховщика. Страховщик имеет право для организации оказания Застрахованному лицу медицинских и и иных услуг привлечь сервисную компанию.

3.2. Организация и оказание медицинских услуг (в т.ч. сопутствующих медицинских услуг) и иных услуг Застрахованному лицу (при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании, медицинской(-их) и иной организаций, с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) и иной организациям, сервисной компании, организованных и оказанных Застрахованному лицу медицинских, сопутствующих медицинским услугам и иных услуг.

Медицинские услуги (в т.ч. сопутствующие медицинские услуги) и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг.

Примечания:

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о включении в применимую Программу ДМС, являющуюся неотъемлемой частью такого договора страхования, всех или отдельных услуг, указанных в Разделе 2 настоящих Условий, а также всех или отдельных областей медицины, предусмотренных п. 2.1 настоящих Условий.

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Разделом 1 настоящих Условий, об установлении в применимой Программе ДМС, являющейся неотъемлемой частью такого договора страхования, иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.7 Правил).

Кроме того, в применимой Программе ДМС также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица, порядок оказания медицинских и иных услуг (с учетом положений, предусмотренных Разделом 3 настоящих Условий и Правилами страхования), территория оказания услуг (в т.ч. может быть изменена такая территория, предусмотренная подп. 2.2.1.2 и п. 2.2.2 настоящих Условий), исключения из страхового покрытия, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами страхования и/или договором страхования, неотъемлемой частью которого будет являться такая Программа ДМС (согласно п. 1.4.18 Правил).

Приложение № 5
к Правилам комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/03.00,
утвержденным Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 15.08.2023 № Пр/165

Условия
для Программы добровольного медицинского страхования
«Чек-ап»

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску «чек-ап» (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате):

1.1.1. в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные применимой к такому договору страхования Программой ДМС «Чек-ап» (далее – «применимая Программа ДМС»), в которую могут быть включены все или отдельные медицинские и иные услуги, из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий;

1.1.2. осуществляет страховую выплату в денежной форме *(если договором страхования будет предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил страхования)*: производит компенсацию расходов на иные услуги (не включая расходы на услуги привлеченных агентств, визовых центров, не согласованных со Страховщиком[1]), предусмотренные применимой Программой ДМС из числа указанных в подп. 2.1.1.1 – 2.1.1.5 настоящих Условий (с учетом того какие из таких услуг включены в применимую Программу ДМС) в пределах установленных лимитов ответственности Страховщика.

1.2. По страховому риску «чек-ап» установлен следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску «чек-ап» на каждый страховой случай;

1.2.2. в рамках лимита ответственности для случая, указанного в п. 3.3 настоящих Условий *(если договором страхования будет предусмотрена форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил страхования*);

1.2.3. одно генетическое исследование в течение срока страхования, в соответствии с подп. 2.1.2 настоящих Условий *(если такие услуги будут включены в применимую Программу ДМС).*

Раздел 2. Объем медицинских и иных услуг

2.1. Объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу:

2.1.1. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

№ п/п	Предоставляемые иные услуги

[1] Расходы по самостоятельной оплате Застрахованным лицом (иным лицом, действующим в интересах Застрахованного лица (если предусмотрено договором страхования)), связанные с оплатой оформления билета, подбором маршрута, помощи в оформлении визы и (или) бронировании гостиницы, сервисного сбора, взимаемые агентствами, визовыми центрами, привлеченными без согласования со Страховщиком, компенсации не подлежат.

2.1.1.1	Немедицинская перевозка[2] Застрахованного лица в месте проведения «чек-ап», если прохождение «чек-ап» планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица, в следующем объеме: оплата проезда Застрахованного лица от аэропорта / железнодорожного вокзала до медицинской организации / иного места размещения Застрахованного лица и обратно, а также от места размещения до медицинской организации и обратно.
2.1.1.2	Проезд Застрахованного лица с территории Российской Федерации до места проведения «чек-ап», и обратно, если прохождение «чек-ап» планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица, в следующем объеме: на воздушном судне гражданской авиации[3], железнодорожном транспорте или ином транспорте[4], определенном Страховщиком, в пределах следующего периода: не ранее чем за 5 (пять) календарных дней до даты, согласованной медицинской организацией, как дата начала проведения «чек-ап», и не позднее чем через 15 (пятнадцать) календарных дней после оказания Застрахованному лицу последней услуги в рамках проведения «чек-ап», если иные сроки не согласованы со Страховщиком.
2.1.1.3	Проживание Застрахованного лица в месте проведения «чек-ап», если прохождение «чек-ап» планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица, в следующем объеме: оплата проживания (услуг входящих в стоимость проживания) Застрахованного лица в палате стационара (в том числе дневного) и (или) в гостинице 5 звезд[5] (в случае невозможности размещения в палате стационара (в том числе дневного) медицинской организации) в пределах следующего периода: фактические сроки проведения «чек-ап», увеличенные на 1 (один) календарный день до даты, согласованной медицинской организацией, как дата начала проведения «чек-ап», и 2 (два) календарных дня после оказания Застрахованному лицу последней услуги в рамках проведения «чек-ап», если иные сроки не согласованы со Страховщиком.
2.1.1.4	Оплата консульского, визового сбора (если требуется), если прохождение «чек-ап» планируется за пределами Российской Федерации.
2.1.1.5	Размещение в гостинице в месте пересадки при осуществлении согласно подп. 2.1.1.2 Условий транзитного перелета (если время пересадки составляет более восьми часов - в дневное время и шести часов - в ночное время), а также доставка Застрахованного лица транспортом (такси) от аэропорта до гостиницы и обратно, в следующем объеме: - оплата проживания Застрахованного лица в гостинице 5 звезд[5] в течение 1 (одних) суток; - однократный проезд от аэропорта до гостиницы и обратно[2].
2.1.1.6	Услуги по письменному переводу медицинской документации на русский язык с языка страны, на территории которой проводился «чек-ап» (при необходимости).
2.1.1.7	Услуги переводчика в период прохождения Застрахованным лицом «чек-ап», если он проводится за пределами Российской Федерации (при необходимости).
2.1.1.8	Организация консультаций врачей-специалистов по итогам проведения «чек-ап», необходимость которых обусловлена медицинскими показаниями и назначенных врачом-терапевтом (при необходимости).
2.1.1.9	Индивидуальное сопровождение Застрахованного лица персональным менеджером в клинике.

[2] Если для определенной категории иных услуг в применимой Программе ДМС будет установлен отдельный лимит ответственности, то такие услуги предоставляются Застрахованному лицу в пределах установленного на них отдельного лимита ответственности. Лимит ответственности Страховщика на оплату немедицинской перевозки Застрахованного лица (на каждый страховой случай) устанавливается в совокупности по подп. 2.1.1.1 и 2.1.1.5 настоящих Условий.

[3] С включенной оплатой провоза багажа – до 23 кг (включительно).

[4] При проезде водным транспортом, оплата транспортировки (паромной переправы) личного автомобильного транспорта не предусмотрена.

[5] Если в месте пересадки при транзитном перелете и (или) проведения чек-ап отсутствуют гостиницы уровня 5 звезд, Стороны могут согласовать размещение Застрахованного лица в гостинице более низкого уровня или ином месте размещения.

2.1.2. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

№ п/п	Медицинская / иная услуга	Название услуги
2.1.2.1	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный • Прием (осмотр, консультация) первичный врача-специалиста по направлению врача-терапевта: гастроэнтеролога, гематолога, гинеколога, дерматолога, диетолога, кардиолога, ЛОРа, невролога, нефролога, окулиста, онколога, ортопеда, пульмонолога, ревматолога, уролога, флеболога, хирурга, эндокринолога • Дистанционная медицинская консультация врача-специалиста по результатам генетического теста
2.1.2.2	**Лабораторные исследования**	• Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) • Биохимический анализ крови • Углеводный антиген 125 • Простатспецифический антиген общий • Простатспецифический антиген свободный • Общий (клинический) анализ мочи • Анализ кала на скрытую кровь • Гистологическое исследование множественного биоптата • Биопсия множественная • Цитологическое исследование материала, полученного при эндоскопии • Морфологическое исследование по направлению специалиста
2.1.2.3	**Инструментальные исследования**	• УЗИ органов брюшной полости • УЗИ сердца с доплерографией • УЗИ сонных артерий • УЗИ щитовидной железы • КТ легких (низкодозовая) • ЭКГ (в 12 отведениях) с расшифровкой • ЭКГ с нагрузкой (велоэргометрия/тредмил) • Холтеровское мониторирование сердечного ритма • Гастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • МРТ органов по назначению врача-терапевта и (или) врача-специалиста
2.1.2.4	**Диагностическое обследование на онкозаболевания молочной железы**	В соответствии с назначением врача
2.1.2.5	**Гинекологическое обследование (для женщин)**	В соответствии с назначением врача
2.1.2.6	**Диагностическое обследование на онкозаболевания**	В соответствии с назначением врача

	предстательной железы (для мужчин)	
2.1.2.7	**Урологическое обследование (для мужчин)**	В соответствии с назначением врача
2.1.2.8	**Генетическое исследование**	• «Здоровье и долголетие» (Диетология, Активное долголетие, Эндокринология. Половые стероиды) • «Special» (Сахарный диабет, Устойчивость к ифекциям) • «Гармония» (Косметология, Трихология, Витамины) / «Wellnes» (Питание, Спорт, Витамины) (на выбор Застрахованного лица) • «Wellnes» (Питание, Спорт, Витамины) / «Detox» (Защита и очищение организма) (на выбор Застрахованного лица)
2.1.2.9	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Седация при эндоскопическом исследовании • Взятие материала на исследование • Предоставление ДНК-теста • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии • ДНК-отчет по результатам генетического исследования • Персональные рекомендации эксперта по результатам ДНК-теста
2.1.2.10	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога повторный • Консультация врача-гепатолога
2.1.2.11	**Лабораторные исследования**	• Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) • Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) • Щелочная фосфатаза • Билирубин общий • Билирубин прямой • Липаза • Панкреатическая альфа-амилаза • Альбумин • Глюкоза • Мочевая кислота • С-реактивный белок • Белок общий • Креатинин • Мочевина • Ферритин • Железо • Протромбиновое время + МНО • АЧТВ • Фибриноген • Инсулин

		• Поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген HbsAg) • Антитела к вирусу гепатита С, суммарные (Anti-HCV) • Общеклиническое исследование кала • Исследование кала на яйца глистов и простейшие • Исследование кала на Helicobacter pylori • Посев на бактериальную микрофлору, с резистограммой • Посев на дисбактериоз кишечника • Гистологическое исследование биоптатов желудка на Helicobacter pylori • Гистологическое исследование множественного биоптата • Морфологическое исследование по направлению специалиста
2.1.2.12	**Инструментальные исследования**	• Гастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка) • Фибросканирование печени
2.1.2.13	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Седация при эндоскопическом исследовании • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии
2.1.2.14	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный - Определение характера зрения, гетерофории - Гониоскопия - Исследование цветоощущения • Консультация (осмотр, консультация) врача-офтальмолога заключительная
2.1.2.15	**Инструментальные исследования**	• Офтальмоскопия • Биомикроскопия глаза • Компьютерная рефрактометрия • Офтальмотонометрия компьютерная • Оптическая томография • Ангиография сетчатки • Исследование глазного дна
2.1.2.16	**Прочие медицинские услуги**	• Составление индивидуальной программы для предотвращения развития возрастной макулярной дегенерации (ВМД) или лечения ВМД (в случае ее обнаружения)
2.1.2.17	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный
2.1.2.18	**Лабораторные исследования**	• Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови) • Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Глюкоза • Белок общий • Альбумин • Креатинин • Креатинкиназа (КФК)

		• Мочевая кислота • Мочевина • Натрий, калий, хлор (Na/K/Cl) • Тиреотропный гормон (ТТГ) • Холестерин общий • Холестерин липопротеинов низкой плотности • Холестерин липопротеинов высокой плотности • Билирубин общий • Триглицериды • Фибриноген • Протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или в плазме • АЧТВ • Тромбиновое время в крови
2.1.2.19	**Инструментальные исследования**	• ЭКГ (в 12 отведениях) с расшифровкой • ЭКГ с нагрузкой (велоэргометрия/тредмил) • Холтеровское мониторирование сердечного ритма • Суточное мониторирование артериального давления • Эхокардиография • Ультразвуковая допплерография вен нижних конечностей • Ультразвуковая допплерография артерий нижних конечностей • Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий почек • Ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий
2.1.2.20	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены
2.1.2.21	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный • Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный
2.1.2.22	**Лабораторные исследования**	• Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови) • Триглицериды • Ревматоидный фактор • Антистрептолизин-О • С-реактивный белок • Холестерин общий • Холестерин липопротеидов высокой плотности • Холестерин липопротеидов низкой плотности • Триглицериды
2.1.2.23	**Инструментальные исследования**	• МРТ позвоночника (все отделы), без контрастирования • МРТ головного мозга обзорная, без контрастирования • МР-ангиография интракарниальных сосудов головного мозга, без контрастирования • Электронейромиография комплексная • Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным допплеровским картированием кровотока

2.1.2.24	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены
2.1.2.25	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-онколога-маммолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный
2.1.2.26	**Лабораторные исследования**	• Холестерин общий • Холестерин липопротеинов низкой плотности • Холестерин липопротеинов высокой плотности • Общий белок • Креатинин • Билирубин связанный (конъюгированный) • Глюкоза • Триглицериды • Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) • Щелочная фосфатаза • Трийодтиронин свободный (СТ3) • Тироксин общий (Т4) • Тиреотропный гормон (ТТГ) • Углеводный антиген-125 • Поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген HbsAg) • Антитела к вирусу гепатита С, суммарные (Anti-HCV) • Антитела класса G (IgG) и M (IgM) ЛЮИС к возбудителю сифилиса • Антиген р24 и антитела к ВИЧ 1 и/или 2 типа • ДНК вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска 21-го вида в отделяемом (соскобе) эпителиальных клеток урогенитального тракта методом ПЦР, количественное исследование • Молекулярно-биологическое тестирование для определения предрасположенности к раку молочной железы (BRCA1, BRCA2) • Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Билирубин • Калий (К) • Мочевая кислота • Микроскопическое исследование влагалищных мазков • Цитологическое исследование материала на элементы злокачественных новообразований • Цитологическое исследование материала, полученного при эндоскопии • Гистологическое исследование множественного биоптата • Морфологическое исследование по направлению специалиста

2.1.2.27	**Инструментальные исследования**	• Эзофагогастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • УЗИ гепатобилиарной систем (печень, желчный пузырь, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа, без селезенки) • УЗИ органов малого таза (трансабдоминально, и/или трансректально, и/или трансвагинально) • УЗИ молочных желез с подмышечными лимфоузлами • УЗИ щитовидной железы с лимфоузлами на уровне железы • УЗИ почек и надпочечников • ЭКГ (12 отведений) с расшифровкой • Рентгенография грудной клетки (2 проекции)
2.1.2.28	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Взятие материала на исследование • Седация при эндоскопическом исследовании • Забор мазка на микрофлору • Забор мазка на онкоцитологию • Забор мазка на исследование, выполняемое методом ПЦР • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии
2.1.2.29	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-онколога-маммолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный
2.1.2.30	**Лабораторные исследования**	• Холестерин общий • Холестерин липопротеинов низкой плотности • Холестерин липопротеинов высокой плотности • Белок общий • Мочевая кислота • Креатинин • Билирубин связанный (конъюгированный) • Глюкоза • Гликированный гемоглобин • Триглицериды • Билирубин • Калий (К) • Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) • Трийодтиронин свободный (СТ3) • Тироксин общий (Т4) • Тиреотропный гормон (ТТГ) • Альфа-фетопротеин • Раковый эмбриональный антиген • Углеводный антиген СА 19-9 • Углеводный антиген-125 • Антиген раковый 15-3 • Поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген HbsAg)

		• Антитела к вирусу гепатита С, суммарные (Anti-HCV) • Антитела класса G (IgG) и M (IgM) ЛЮИС к возбудителю сифилиса • Антиген p24 и антитела к ВИЧ 1 и/или 2 типа • ДНК вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска 21-го вида в отделяемом (соскобе) эпителиальных клеток урогенитального тракта методом ПЦР, количественное исследование • Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Общий (клинический) анализ мочи • Определение секреторного белка эпидидимиса человека 4 (HE4) в крови ИХМ • Микроскопическое исследование влагалищных мазков • Цитологическое исследование материала на элементы злокачественных новообразований • Цитологическое исследование материала, полученного при эндоскопии • Гистологическое исследование множественного биоптата • Морфологическое исследование по направлению специалиста
2.1.2.31	**Инструментальные исследования**	• Эзофагогастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • Эхокардиография • УЗИ гепатобилиарной систем (печень, желчный пузырь, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа, без селезенки) • УЗИ органов малого таза (трансабдоминально, и/или трансректально, и/или трансвагинально) • УЗИ почек и надпочечников • УЗИ молочных желез с подмышечными лимфоузлами • УЗИ щитовидной железы с лимфоузлами на уровне железы • ЭКГ (в 12 отведениях) с расшифровкой • Холтеровское мониторирование ЭКГ двенадцатиканальное • МРТ головного мозга • КТ органов грудной полости • Маммография • Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий • Суточное мониторирование артериального давления
2.1.2.32	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Взятие материала на исследование • Седация при эндоскопическом исследовании • Забор мазка на микрофлору • Забор мазка на онкоцитологию • Забор мазка на исследование, выполняемое методом ПЦР • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии
2.1.2.33	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный

2.1.2.34	**Лабораторные исследования**	• Холестерин общий • Холестерин липопротеинов низкой плотности • Холестерин липопротеинов высокой плотности • Белок общий • Креатинин • Билирубин связанный (конъюгированный) • Глюкоза • Триглицериды • Лактатдегидрогеназа • Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) • Щелочная фосфотаза • Трийодтиронин (СТ3) • Тироксин общий (Т4) • Тиреотропный гормон (ТТГ) • Простатспецифический антиген общий • Простатспецифический антиген свободный • Поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген HbsAg) • Антитела к вирусу гепатита С, суммарные (Anti-HCV) • Антитела класса G (IgG) и M (IgM) ЛЮИС к возбудителю сифилиса • Антиген р24 и антитела к ВИЧ 1 и/или 2 типа • ДНК вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска 21-го вида в отделяемом (соскобе) эпителиальных клеток урогенитального тракта методом ПЦР, количественное исследование • Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) • Билирубин общий • Мочевая кислота • Калий (К) • Общий (клинический) анализ мочи с микроскопией осадка • Цитологическое исследование материала, полученного при эндоскопии • Гистологическое исследование множественного биоптата • Морфологическое исследование по направлению специалиста
2.1.2.35	**Инструментальные исследования**	• Эзофагогастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • УЗИ гепатобилиарной систем (печень, желчный пузырь, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа, без селезенки) • УЗИ предстательной железы с определением остаточной мочи (трансабдоминально, и/или трансректально) • УЗИ щитовидной железы с лимфоузлами на уровне железы • УЗИ почек и надпочечников • ЭКГ (12 отведений) с расшифровкой • Рентгенография грудной клетки (2 проекции)

2.1.2.36	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Взятие материала на исследование • Седация при эндоскопическом исследовании • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии
2.1.2.37	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный
2.1.2.38	**Лабораторные исследования**	• Холестерин общий • Холестерин липопротеинов низкой плотности • Холестерин липопротеинов высокой плотности • Белок общий • Креатинин • Билирубин связанный (конъюгированный) • Глюкоза • Гликированный гемоглобин • Триглицериды • Лактатдегидрогеназа • Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) • Щелочная фосфотаза • Трийодтиронин (СТ3) • Тироксин общий (Т4) • Тиреотропный гормон (ТТГ) • Простатспецифический антиген общий • Простатспецифический антиген свободный • Поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген HbsAg) • Антитела к вирусу гепатита С, суммарные (Anti-HCV) • Антитела класса G (IgG) и M (IgM) ЛЮИС к возбудителю сифилиса • Антиген р24 и антитела к ВИЧ 1 и/или 2 типа • ДНК вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска 21-го вида в отделяемом (соскобе) эпителиальных клеток урогенитального тракта методом ПЦР, количественное исследование • Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) • Билирубин общий • Мочевая кислота • Калий (К) • Общий (клинический) анализ мочи с микроскопией осадка • Цитологическое исследование материала, полученного при эндоскопии • Гистологическое исследование множественного биоптата • Морфологическое исследование по направлению специалиста

2.1.2.39	**Инструментальные исследования**	• Эзофагогастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • МРТ головного мозга • Ангиография сосудов головного мозга (инкраниальные артерии и вены) • УЗИ щитовидной железы с лимфоузлами на уровне железы • УЗДГ артерий брахицефального ствола экстракраниального отдела • УЗИ органов малого таза трансабдоминальное (мочевой пузырь/простата) • Трансректальное исследование предстательной железы (ТРУЗИ) • ЭКГ (12 отведений) с расшифровкой • ЭКГ с нагрузкой (велоэргометрия/тредмил) • Эхокардиография • Рентгенография грудной клетки (2 проекции)
2.1.2.40	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Взятие материала на исследование • Седация при эндоскопическом исследовании • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии
2.1.2.41	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-онколога-маммолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный • Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный
2.1.2.42	**Лабораторные исследования**	• Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) • Билирубин общий • Калий (К) • Глюкоза • Триглицериды • Холестерин общий • Белок общий • Креатинин • Билирубин связанный (конъюгированный) • Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) • Щелочная фосфотаза • Трийодтиронин (СТ3) • Тироксин общий (Т4) • Тиреотропный гормон (ТТГ) • Альфа-фетопротеин • Раковый эмбриональный антиген • Углеводный антиген СА 19-9 • Углеводный антиген-125

		• Антиген раковый 15-3 • Секреторный белок эпидидимиса человека 4 (HE4) • Поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген HbsAg) • Антитела к вирусу гепатита С, суммарные (Anti-HCV) • ДНК вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого онкогенного риска 14-и типов (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59,66,68) • Молекулярно-биологическое тестирование для определения предрасположенности к раку молочной железы и/или яичников (BRCA1, BRCA2) • Микроскопическое исследование влагалищных мазков • Общий (клинический) анализ мочи с микроскопией осадка • Цитологическое исследование материала, полученного при эндоскопии • Цитологическое исследование материала на элементы злокачественных новообразований • Гистологическое исследование множественного биоптата • Морфологическое исследование по направлению специалиста
2.1.2.43	**Инструментальные исследования**	• Эзофагогастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • МРТ головного мозга • КТ органов грудной полости • УЗИ гепатобилиарной систем (печень, желчный пузырь, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа, без селезенки) • УЗИ органов малого таза (трансабдоминально, и/или трансректально, и/или трансвагинально) • УЗИ молочных желез с подмышечными лимфоузлами • Маммография • УЗИ щитовидной железы с лимфоузлами на уровне железы • УЗИ почек и надпочечников • ЭКГ (12 отведений) с расшифровкой
2.1.2.44	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Взятие материала на исследование • Седация при эндоскопическом исследовании • Забор мазка на микрофлору • Забор мазка на онкоцитологию • Забор мазка на исследование, выполняемое методом ПЦР • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии
2.1.2.45	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный • Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный
2.1.2.46	**Лабораторные исследования**	• Общеклиническое исследование крови с подсчетом лейкоцитарной формулы • Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов)

		• Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • Аспартатаминотрансфераза (АСТ) • Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) • Креатинин • Билирубин связанный (конъюгированный) • Щелочная фосфотаза • Трийодтиронин (СТ3) • Тироксин общий (Т4) • Тиреотропный гормон (ТТГ) • Билирубин общий • Калий (К) • Глюкоза • Триглицериды • Холестерин общий • Белок общий • Альфа-фетопротеин • Простатспецифический антиген общий • Простатспецифический антиген свободный • Раковый эмбриональный антиген • Углеводный антиген СА 19-9 • Углеводный антиген-242 • Поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген HbsAg) • Антитела к вирусу гепатита С, суммарные (Anti-HCV) • Общий (клинический) анализ мочи с микроскопией осадка • Цитологическое исследование материала, полученного при эндоскопии • Цитологическое исследование материала на элементы злокачественных новообразований • Гистологическое исследование множественного биоптата • Морфологическое исследование по направлению специалиста
2.1.2.47	**Инструментальные исследования**	• Эзофагогастродуоденоскопия (под в/в седацией) с биопсией • Колоноскопия (под в/в седацией) с биопсией • МРТ головного мозга • КТ органов грудной полости • УЗИ гепатобилиарной систем (печень, желчный пузырь, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа, без селезенки) • УЗИ предстательной железы с определением остаточной мочи (трансабдоминально, и/или трансректально) • УЗИ щитовидной железы с лимфоузлами на уровне железы • УЗИ почек и надпочечников • ЭКГ (12 отведений) с расшифровкой
2.1.2.48	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены • Взятие материала на исследование • Седация при эндоскопическом исследовании • Медицинский уход и наблюдение в отделении эндоскопии
2.1.2.49	**Прием врача**	• Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, повторный • Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный

		• Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-уролога / врача-гинеколога первичный
2.1.2.50	**Лабораторные исследования**	• Витамин D3 • Ферритин • Витамин B12 • Гормоны щитовидной железы • Витамин K2 • Гомоцистеин • Стероидный профиль (16 показателей) • Инсулин • Глюкоза • Гликозилированный гемоглобин • Женские половые гормоны • Омега-3 индекс • Фолиевая кислота • Антитела к тиреоглобулину • Антитела к тиреоидной пероксидазе • Паратгормон • Тяжелые металлы и микроэлементы (23 показателя) • Общий (клинический) анализ мочи
2.1.2.51	**Инструментальные исследования**	• УЗИ гепатобилиарной систем (печень, желчный пузырь, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа, без селезенки) • УЗИ щитовидной железы • КТ щитовидной железы
2.1.2.52	**Прочие медицинские услуги**	• Взятие крови из периферической вены

2.1.3. Предоставление Застрахованному лицу медицинского заключения по результатам исследований и консультаций специалистов, выполненных в соответствии с подп. 2.1.2, 2.1.4 настоящих Условий.

2.1.4. Консультации врачей-специалистов и (или) лабораторные или диагностические исследования, не указанные в подп. 2.1.2.1-2.1.2.9 настоящих Условий, назначенные врачом-терапевтом по медицинским показаниям и по согласованию со Страховщиком.

Оказание услуг, предусмотренных подп. 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4 настоящих Условий, далее и выше по тексту может именоваться «проведение «чек-ап» или «прохождение «чек-ап».

Раздел 3. Положения о порядке оказания и согласования медицинских и иных услуг

3.1. В целях получения медицинских и иных услуг Застрахованному лицу необходимо в течение срока страхования обратиться к Страховщику (сервисной компании, если привлекается Страховщиком).

3.2. Страховщик в целях осуществления страховой выплаты (при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает наиболее подходящую медицинскую организацию для оказания услуг, из числа указанных в подп. 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4 настоящих Условий, подтвердившую готовность принять Застрахованное лицо для оказания соответствующих услуг, и направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и план оказания таких услуг (план обследования).

3.2.1. Застрахованное лицо в течение 3 (трех) календарных дней с даты получения от Страховщика места, времени и плана обследования согласовывает либо отказывает в согласовании предложенных параметров с направлением Страховщику (привлеченной Страховщиком сервисной компании) соответствующего уведомления.

При согласовании Застрахованным лицом места, времени и плана обследования Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги, предусмотренные применимой Программой ДМС, из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных договором страхования.

При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) плана обследования (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченная сервисная компания) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен настоящим разделом для первоначального обращения. При этом, Страховщик (привлеченная сервисная компания) вправе предложить иной план обследования, в ином месте и (или) иной медицинской организации.

3.2.2. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и медицинской (-их) организации (-й), с последующей оплатой такой (-им) медицинской (-им) организации (-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. Медицинские услуги и иные услуги, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг.

3.2.3. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС из числа указанных в Разделе 2настоящих Условий, не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до начала их оказания:

3.2.3.1. услуги, предусмотренные применимой Программой ДМС из числа указанных в п. 2.1 настоящих Условий, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 5 (пять) рабочих дней до начала их оказания, входят в объем предоставленных по риску «чек-ап» услуг, на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности по данному страховому риску (в случае, если у Страховщика возникли расходы в связи с отказом Застрахованного лица от оказания услуг);

3.2.3.2. под датой оказания услуг, предусмотренные применимой Программой ДМС из числа указанных в п. 2.1 настоящих Условий, понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг, которые были назначены Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

3.3. По предварительному согласованию со Страховщиком *(в случае если договором страхования будет предусмотрен форма страховой выплаты, указанная в п. 9.4 Правил страхования)* иные услуги, предусмотренные применимой Программой ДМС из числа указанных в подп. 2.1.1.1 – 2.1.1.5 настоящих Условий, могут быть организованы и оплачены Застрахованным лицом (иным лицом, действующим в интересах Застрахованного лица):

3.3.1. для согласования иных услуг и предварительной суммы компенсации на их оплату, Застрахованное лицо в срок не менее чем за 10 (десять) рабочих дней до начала проведения «чек-ап», обязано обратиться к Страховщику (в привлеченную сервисную компанию) и предоставить сведения с описанием таких услуг: *билеты на проезд*: маршрут (откуда – куда); номер рейса / поезда; дата(-ы) проезда; получатель услуги; информация о багаже (не включен / вес, включенный в стоимость); дополнительные опции, включенные в стоимость (постельное белье, полетная страховка, возврат билета, дополнительное питание, транспортировка личного автомобильного транспорта и др.); стоимость билета на одного пассажира; *гостиница*: город (название населенного пункта), страна; срок размещения (дни); дата заезда-выезда; название гостиницы, адрес, звездность; получатель услуги; услуги, включенные в стоимость (питание, дополнительные услуги, трансфер и пр.); стоимость проживания за 1 сутки и за весь срок проживания; в *трансфер*: город (название населенного пункта), страна; дата (-ы) передвижения; маршрут (откуда-куда); категория автомобиля (легковой, грузовой и пр.); *виза*: страна; срок действия визы; вид визы (туризм, лечение, обучение и пр.); размер консульского и визового сбора;

3.3.2. Если стоимость иных услуг установлена в иностранной валюте, при этом страховая сумма по риску «чек-ап» установлена в рублях, то предварительная сумма компенсации на иные услуги определяется в рублях по курсу Банка Российской Федерации для соответствующей иностранной валюты на дату согласования;

3.3.3. Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения сведений, в соответствии с подп. 3.3.1 настоящих Условий, направляет Застрахованному лицу подтверждение согласования таких услуг (в том числе возможно согласование в части) с указанием перечня согласованных услуг и размера расходов, в рамках которого возможна их компенсация, или направляет Застрахованному лицу уведомление об отказе в согласовании таких услуг. Размер расходов, в рамках которого возможна компенсация согласованных услуг (лимит ответственности для случая, указанного в п. 3.3 настоящих Условий, для одного и каждого чек-ап), определяется Страховщиком исходя из заявленной стоимости таких услуг и лимитов ответственности, предусмотренных договором страхования (в в случае если они установлены договором страхования) для соответствующих иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС из числа указанных в подп. 2.1.1.1 – 2.1.1.5 настоящих Условий;

3.3.4. право на компенсацию расходов на иные услуги возникает у Застрахованного лица после фактического оказания ему таких услуг, при предоставлении Страховщику (его уполномоченному представителю) документов, из числа предусмотренных в п. 9.5 Правил, при условии установления факта наступления страхового случая и отсутствия оснований для отказа в страховой выплате.

Примечания:

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о включении в применимую Программу ДМС, являющуюся неотъемлемой частью такого договора страхования, всех или отдельных услуг, указанных в Разделе 2 настоящих Условий.

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Разделами 1 и 3 настоящих Условий, об установлении в применимой Программе ДМС, являющейся неотъемлемой частью такого договора страхования, иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.7 Правил);

Кроме того, в применимой Программе ДМС также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица, порядок оказания и согласования медицинских и иных услуг (с учетом положений, предусмотренных Правилами страхования Разделом 3 настоящих Условий (в т.ч. могут быть изменены сроки, предусмотренные данным Разделом настоящих Условий)), территория оказания услуг, исключения из страхового покрытия, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами страхования и/или договором страхования, неотъемлемой частью которого будет являться такая Программа ДМС (согласно п. 1.4.18 Правил).

Приложение № 6
к Правилам комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/03.00,
утвержденным Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 15.08.2023 № Пр/165

Условия
для Программы добровольного медицинского страхования
«Дистанционная медицинская консультация»

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования по страховому риску «дистанционная медицинская консультация» в счет страховой выплаты (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги в объеме, предусмотренном применимой к такому договору страхования Программой ДМС «Дистанционная медицинская консультация» (далее – «применимая Программа ДМС»), в которую могут быть включены все или отдельные медицинские и иные услуги, из числа указанных в Разделе 2 настоящих Условий, в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика:

1.1.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему страховому риску на каждый полисный год, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица;

1.1.2. плановые консультации, указанные ниже в подп. 2.2.4 - 3 (три) консультации в течение каждого полисного года (совокупно в отношении всех врачей-специалистов) *(если такие услуги будут включены в применимую Программу ДМС)*

Раздел 2. Объем медицинских и иных услуг

2.1. Дистанционные медицинские консультации проводятся врачами-специалистами (врачом-терапевтом и иными врачами-специалистами, из числа предусмотренных настоящими Условиями), медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Дистанционные медицинские консультации включают в себя:

2.2.1. Срочные онлайн-консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн в режиме 24 часа / 7 дней в неделю /365 (366) дней в году;

2.2.2. Плановые онлайн-консультации врачом-терапевтом по предварительной записи, включающие в себя:

2.2.2.1. онлайн-консультации по вопросам вакцинации, в том числе для поездок в другие страны;

2.2.2.2. онлайн-консультации по вопросам правильного питания и формирования здорового образа жизни исходя из имеющегося анамнеза Застрахованного лица;

2.2.2.3. в случаях, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление такой информации с использованием телемедицинских технологий, – онлайн-консультации по выбору лекарственных препаратов в рамках одного действующего вещества, по целесообразности замены выписанных врачом лекарств в случае, если препарат снят с производства, если среди равнозначных лекарств существует значительный разброс в ценах, если данный препарат в данное время отсутствует в продаже.

2.2.3. Плановые онлайн-консультации по предварительной записи по направлению дежурного врача-терапевта врачом-специалистом из числа следующих: акушер-гинеколог, аритмолог, врач ЛФК и спортивной медицины, врач функциональной диагностики, гастроэнтеролог, дерматовенеролог, кардиолог, клинический фармаколог, клинический психолог, невролог, нефролог, онколог, оториноларинголог, психотерапевт, пластический хирург, ревматолог, рефлексотерапевт, травматолог-ортопед, уролог, челюстно-лицевой хирург, хирург, эндокринолог.

2.2.4. Плановые заочные консультации по медицинским документам врачом-специалистом по предварительной записи - гастроэнтеролог (кандидат медицинских наук; доктор медицинских наук, профессор), диетолог (кандидат медицинских наук), кардиолог (кандидат медицинских наук), психотерапевт (кандидат медицинских наук), невролог (кандидат медицинских наук), пульмонолог (кандидат медицинских наук), эндокринолог (кандидат медицинских наук), гепатолог (доктор медицинских наук, профессор), терапевт (кандидат медицинских наук; доктор медицинских наук, профессор).

2.2.5. Предоставление в личный кабинет письменного заключения с рекомендациями по результатам дистанционной медицинской консультации в пределах, установленных законодательством Российской Федерации для оказания услуг с использованием телемедицинских технологий.

2.3. Во время проведения дистанционной медицинской консультации, врач-специалист информирует о специализации врача(-ей), к которому(-ым) следует обратиться Застрахованному лицу для постановки / подтверждения / уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию в пределах, установленных законодательством Российской Федерации для оказания услуг с использованием телемедицинских технологий.

Раздел 3. Положения о порядке оказания медицинских и иных услуг

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» или на сайте сервисной компании (если привлекается)).

3.3. Организация и оказание медицинских услуг Застрахованному лицу (при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и врачей-специалистов медицинской(-их) организации(-й), с последующей оплатой таким медицинской(-им) организации(-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

Примечания:

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о включении в применимую Программу ДМС, являющуюся неотъемлемой частью такого договора страхования, всех или отдельных услуг, указанных в Разделе 2 настоящих Условий (в т.ч. о сокращении перечня врачей-специалистов, проводящих плановые онлайн-консультации по предварительной записи (п. 2.2.3 настоящих Условий), об установлении закрытого перечня оснований (причин обращений), в связи которыми предоставляются такие плановые онлайн-консультации).

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Разделом 1

настоящих Условий, об установлении в применимой Программе ДМС, являющейся неотъемлемой частью такого договора страхования, иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.7 Правил); Кроме того, в применимой Программе ДМС также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица, порядок оказания медицинских и иных услуг (с учетом положений, предусмотренных Разделом 3 настоящих Условий и Правилами страхования), территория оказания услуг, исключения из страхового покрытия, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами страхования и/или договором страхования, неотъемлемой частью которого будет являться такая Программа ДМС (согласно п. 1.4.18 Правил).