

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Заместителя Генерального директора-
Административного директора
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от «24» апреля 2019 года № Пр/83-1



В.В. Дубровин

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ
№ 0051.СЖ/СЛ.01/05.00

Определения

Банк – кредитная организация, как она определена законодательством Российской Федерации, с которой Застрахованное лицо заключило/планирует заключить кредитный договор.

Врач - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, имеющий в установленном действующим законодательством порядке право на осуществление медицинской деятельности и практикующий на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (при условии, если такие стандарт(-ы) и порядок(-ки) оказания медицинской помощи предусмотрены законодательством).

Временная нетрудоспособность (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) – временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям вследствие временного нарушения здоровья, сопровождающегося оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

Госпитализация – размещение и последующее нахождение Застрахованного лица в стационаре медицинской организации, имеющей соответствующие лицензии и разрешения, в целях оказания ему медицинской помощи, необходимость которой вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем, в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и круглосуточное стационарное лечение в медицинской организации.

Дата страхового случая:

в случае смерти – дата смерти Застрахованного лица, указанная в свидетельстве о смерти;

в случае установления 1-й или 2-ой группы инвалидности – дата установления инвалидности согласно документу, выданному Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

по страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до наступления события» – дата прекращения (расторжения) трудового договора;

по страховому риску «Временная нетрудоспособность» – дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности/первому дню временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листа нетрудоспособности, оформленного в течение непрерывного периода нетрудоспособности, а в случае, если листок нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством не оформляется Застрахованному лицу, - дата первого обращения в течение непрерывного периода временного расстройства здоровья за медицинской помощью, указанная в документе из медицинской организации, содержащем сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз);

по страховому риску «Первичное диагностирование критического заболевания» - дата первичного диагностирования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания;

по страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая» - дата, соответствующая первому дню госпитализации (т.е. дата размещения в стационаре);

по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» - дата обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация».

Заболевание (болезнь) – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

Занятие спортом на профессиональном уровне – систематические занятия любым видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие получение в соответствии с контрактом заработной платы и/или денежного вознаграждения.

Злокачественное онкологическое заболевание - если иное определение не дано Договором страхования, - 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 на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)). Если иное не установлено Договором страхования, в определение «злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая

лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома. Заболевания, указанные в п.п. 3.6.3.1 – 3.6.3.9 настоящих Правил, не являются злокачественными онкологическими заболеваниями по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не установлено Договором страхования.

Инфаркт миокарда - если иное определение не дано Договором страхования, - остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения), подтвержденный врачом-специалистом при обязательном наличии нижеследующих симптомов (признаков):

а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;

б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда.

Заболевания, указанные в п.п. 3.6.3.10 – 3.6.3.11 настоящих Правил, не являются инфарктом миокарда по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не установлено Договором страхования.

Инсульт - если иное определение не дано Договором страхования, - подтвержденное врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ), острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт), повлекшее впервые возникшие стойкие необратимые неврологические нарушения, оценка которых произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Заболевания, указанные в п.п. 3.6.3.12 – 3.6.3.15 настоящих Правил, не являются инсультом по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не установлено Договором страхования.

Иные услуги - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования.

Кредитный договор - договор на предоставление кредита.

Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая Приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая Приложения к Договору страхования) по страховому(ым) риску (ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям)/ на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг и т.п.).

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

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

Несчастный случай - фактически произошедшее непредвиденное и внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, не зависящее от воли Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящего определения. По соглашению Сторон в Договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень событий, являющихся несчастным случаем.

Оплачиваемый период госпитализации – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни нахождения в стационаре в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая».

Оплачиваемый период нетрудоспособности – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни нетрудоспособности (дни временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Временная нетрудоспособность».

Оплачиваемый период отсутствия занятости – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни отсутствия занятости в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до наступления события». Первым днем отсутствия занятости является день недобровольной потери работы (как это понятие определено в п. 3.1.6 настоящих Правил).

Отсутствие занятости (безработица) – нахождение Застрахованного лица в статусе безработного и(или) лица, ищущего работу. О факте отсутствия занятости свидетельствует регистрация Застрахованного лица в установленном законодательством Российской Федерации порядке в целях поиска подходящей работы или в качестве безработного.

Первичное диагностирование - факт установления диагноза врачом впервые в жизни Застрахованного лица.

Программа добровольного медицинского страхования – документ, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также порядок их оказания.

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

Платежное поручение – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты 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.

Потребительский кредит – денежные средства, предоставленные кредитором заемщику на основании Кредитного договора в целях, не связанных:

- с предпринимательской деятельностью;
- с приобретением транспортного средства для личного некоммерческого использования;
- с приобретением / строительством / реконструкцией квартиры (в т.ч. в жилом доме, состоящем из одной или нескольких блок-секций - «таун-хаус»); жилого дома; части квартиры или жилого дома, состоящей из одной или нескольких изолированных комнат (в т.ч. часть жилого дома блокированной застройки - «таун-хаус»); доли в праве собственности на квартиру или жилой дом; дачи; садового дома; других строений потребительского назначения; незавершенным строительством вышеуказанных объектов; приобретение гаража, машино-места, земельного участка.

Расчетная величина – денежная сумма или иной параметр, которая(ый) может устанавливаться Договором страхования для определения размера страховой выплаты по одному или нескольким страховому(ым) риску(ам).

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 Правилами страхования и Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате). Договором страхования могут быть установлены различные сроки страхования по рискам, предусмотренным Договором.

Страховая выплата – по всем страховым рискам, за исключением страхового риска «Дистанционная медицинская консультация», - сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем. При наступлении Страхового случая по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг,

предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация».

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

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

Страховой полис – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования на основании настоящих Правил страхования.

Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное настоящими Правилами страхования и Договором страхования, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

Страховая сумма – определенная в порядке, установленном Договором страхования, денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1 Общие положения

1.1. На основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0051.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее и выше по тексту – «Правила страхования» или «Правила») и действующего законодательства Российской Федерации ООО СК «Сбербанк страхование жизни» заключает со Страхователями следующие договоры страхования (далее и выше по тексту – «Договор(-ы)» или «Договор(-ы) страхования»)): Договоры страхования жизни, Договоры добровольного медицинского страхования, Договоры комбинированного страхования жизни и добровольного медицинского страхования.

1.2. Положения, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Страхового полиса, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Страховом полисе прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Страховом полисе.

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ)). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки, территория действия страхования - весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

2 Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.1.1 – 3.1.9 Правил страхования: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица, а также с его смертью (также по тексту Правил страхования – «страхование жизни»).

2.1.2. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.1.10 Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской 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 – «медицинское страхование»).

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

2.3. Страхователь – дееспособное физическое лицо, юридическое лицо или индивидуальный предприниматель (как эти термины определены законодательством Российской Федерации), заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.4. Страховщик по Договорам страхования – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное фирменное наименование – ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.5. Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и которое обладает правом на получение страховой выплаты.

По страхованию жизни: Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по Договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

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

2.6. Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

3 Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Договоры страхования на основании настоящих Правил могут быть заключены с ответственностью по следующим рискам:

3.1.1. Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования (далее – «Смерть»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

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

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

3.1.4. Установление Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 2 группы в результате заболевания (далее – «Инвалидность 2 группы в результате заболевания»). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 2 группы в результате заболевания (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.5. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая (далее – **«Смерть от несчастного случая»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.6. Дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери Застрахованным лицом работы, как это событие определено далее в настоящем подпункте, повлекшее с даты недобровольной потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее 32 календарных дней (далее - **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события»**). Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы Застрахованным лицом в течение срока страхования, под которой понимается прекращение трудового договора, заключенного с Застрахованным лицом по основному месту работы, в соответствии с любым(и) из указанных в настоящем подпункте оснований, повлекшее с даты недобровольной потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее 32 календарных дней (за исключением событий, перечисленных в п. 3.4 настоящих Правил):

3.1.6.1. прекращение трудового договора в связи с отказом работника от перевода на другую работу, необходимого ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствием у работодателя соответствующей работы (п. 8 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.6.2. прекращение трудового договора в связи с отказом работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем (п. 9 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.6.3. расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с ликвидацией организации либо прекращением деятельности индивидуальным предпринимателем (п. 1 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае расторжения трудового договора с работником филиала, представительства или иного обособленного структурного подразделения организации, расположенных в другой местности, в случае прекращения их деятельности;

3.1.6.4. расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников организации (п. 2 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.6.5. расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи со сменой собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера) (п. 4 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.6.6. прекращение трудового договора в связи с прекращением допуска к государственной тайне, если выполняемая работа требует такого допуска (п. 10 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.6.7. прекращение трудового договора в связи со смертью работодателя - физического лица, а также признанием судом работодателя - физического лица умершим или безвестно отсутствующим (п. 6 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.6.8. прекращение трудового договора в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации (п. 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации).

В случае изменения Трудового Кодекса Российской Федерации основания, предусмотренные в п.п. 3.1.6.1 – 3.1.6.8 настоящих Правил, применяются в соответствии с изменениями в Трудовом Кодексе Российской Федерации.

3.1.7. Непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 32 календарных дней, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая или заболевания (далее - **«Временная нетрудоспособность»**). Страховым случаем является непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное

расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 32 календарных дней, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания, диагностированного в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п.п. 3.3, 3.5 настоящих Правил).

3.1.8. Первичное диагностирование Застрахованному лицу критического заболевания (инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания) в течение срока страхования (далее – «Первичное диагностирование критического заболевания»). Страховым случаем является первичное диагностирование Застрахованному лицу в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания, как они определены настоящими Правилами и/или Договором страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил).

3.1.9. Госпитализация Застрахованного лица, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая (далее - «Госпитализация в результате несчастного случая»). Страховым случаем является Госпитализация Застрахованного лица (как это понятие определено настоящими Правилами), начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил).

3.1.10. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация» (далее также может именоваться «Программа ДМС») вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (далее – «Дистанционная медицинская консультация»).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.7 настоящих Правил).

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в Договоре страхования. Договор страхования может предусматривать как один страховой риск, так и различное сочетание / комбинацию страховых рисков, а также виды страхового покрытия, включающие в себя один или несколько страховых рисков в зависимости от категории(-й), к которой(-ым) относится Застрахованное лицо. При страховании двух и более лиц Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица или категории Застрахованных лиц могут предусматриваться различные страховые риски, различное сочетание/комбинация страховых рисков, виды страхового покрытия.

3.3. Если иное не установлено Договором страхования, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 - 3.1.5., 3.1.7, 3.1.9 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие в результате и/или во время:

3.3.1. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления, пребывания в местах лишения свободы, заключения под стражей;

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

3.3.3. управления транспортным средством самим Застрахованным или лицом, управление которому передано Застрахованным лицом: в состоянии алкогольного опьянения при концентрации алкоголя 0.3 промилле или более, наркотического или токсического опьянения; при отсутствии права на управление транспортным средством соответствующей категории; при отсутствии права на управление транспортным средством ввиду отсутствия соответствующего разрешения правомочного законного владельца транспортного средства;

3.3.4. в результате алкогольного отравления, наркотического или токсического опьянения (отравления);

3.3.5. участия в военных сборах и учениях или происшествии, связанного с прохождением Застрахованным лицом военной службы;

3.3.6. занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки, сборы, а также занятия следующими видами спорта/увлечениями (вне зависимости от уровня): авто и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), бейсджампинг,

воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом), альпинизм, спелеотуризм, скалолазание, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, гребля на байдарках, катание на моторном катере, каноэ, каяке.

3.4. По страховому риску **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события»**, указанному в п. 3.1.6 Правил страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) следующие события:

3.4.1. прекращение (расторжение) трудового договора в соответствии с основаниями, прямо не предусмотренными в подп. 3.1.6.1. – 3.1.6.8. настоящих Правил, в том числе:

3.4.1.1. расторжение трудового договора по инициативе Застрахованного лица;

3.4.1.2. прекращение трудового договора по соглашению сторон;

3.4.1.3. прекращение трудового договора в связи со смертью Застрахованного лица, а также признанием Застрахованного лица умершим или безвестно отсутствующим;

3.4.2. прекращение (расторжение) трудового договора о выполнении работы по совместительству (внутреннему или внешнему);

3.4.3. прекращение трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок менее 32 календарных дней;

3.4.4. прекращение трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок более 32 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с даты недобровольной потери работы.

3.5. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3 Правил страхования, по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»**, указанному в п. 3.1.7 Правил страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) следующие события:

3.5.1. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее 32 календарных дней;

3.5.2. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более 32 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица;

3.6. По страховому риску **«Первичное диагностирование критического заболевания»**, указанному в п. 3.1.8 Правил страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) следующие события:

3.6.1. диагностирование заболевания, являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития;

3.6.2. диагностирование заболевания, являющегося следствием употребления алкогольных напитков и/или психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов без назначения врача (или по назначению врача, но с нарушением указанной им дозировки) и/или следствием употребления препаратов, назначенных для лечения наркомании;

3.6.3. диагностирование следующих заболеваний:

3.6.3.1. Меланомы, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM, или Злокачественной опухоли кожи;

3.6.3.2. Злокачественной опухоли предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;

3.6.3.3. Карциномы in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3);

3.6.3.4. Любых опухолей, гистологически описанных как предраковые заболевания;

3.6.3.5. Базальноклеточной карциномы или плоскоклеточной карциномы;

3.6.3.6. Хронического лимфоцитарного лейкоза стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);

3.6.3.7. Папиллярного рака щитовидной железы;

3.6.3.8. Неинвазивного папиллярного рака мочевого пузыря, гистологически описанного как имеющего стадию TaN(0)M(0) или меньше;

3.6.3.9. Любого вида злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши);

- 3.6.3.10. Инфаркта миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или Т в крови без характерных изменений ЭКГ (т.е. без изменений сегмента ST или без появления патологических зубцов Q);
- 3.6.3.11. Стабильной/нестабильной стенокардии;
- 3.6.3.12. Транзиторной ишемической атаки;
- 3.6.3.13. Церебральных изменений, явившихся следствием неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;
- 3.6.3.14. Травматического повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;
- 3.6.3.15. Лакунарного инсульта без неврологической симптоматики.

3.6.4. не первичное диагностирование заболевания.

3.7. По страховому риску «Дистанционная медицинская консультация», указанному в п. 3.1.10 Правил страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) следующие события:

- 3.7.1. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных Программой ДМС;
- 3.7.2. обращение за оказанием услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;
- 3.7.3. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в медицинские организации, не предусмотренные Программой ДМС;
- 3.7.4. обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за оказанием услуг;
- 3.7.5. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг по вопросам не медицинского характера;
- 3.7.6. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг касательно состояний Застрахованного лица, связанных:
 - 3.7.6.1 с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;
 - 3.7.6.2. с любыми видами фобий;
 - 3.7.6.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;
 - 3.7.6.4. с расстройствами сексуального характера;
- 3.7.7. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:
 - 3.7.7.1. синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - 3.7.7.2. туберкулезом;
 - 3.7.7.3. заболеваниями, передающиеся половым путем;
 - 3.7.7.4. психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

3.8. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п.п. 3.3 - 3.7 настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить/исключить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными положениями.

4 Порядок определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа

4.1. Страховая сумма или порядок ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем. Страховая сумма или порядок ее определения указывается в Договоре страхования. В Договоре страхования, заключенном в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховая сумма может устанавливаться отдельно в отношении каждого Застрахованного лица, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.2. Страховая сумма может устанавливаться по каждому страховому риску, а также совокупно (единой) по всем/отдельным страховому(-ым) риску(-ам).

4.3. 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, а также других условий страхования.

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

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом в зависимости от условий страхования и факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности,

возможность отнесения лица к определенной(ым) категории(ям)), иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.4. Страховая премия оплачивается в порядке, в размере и сроки, установленные Договором страхования.

4.5. Если иное не установлено Договором страхования, датой оплаты страховой премии/страхового взноса Страхователем является:

- при платеже путем безналичных расчетов – дата списания денежных средств со счета Страхователя для их перечисления на расчетный счет Страховщика;
- при платеже путем наличных расчетов – дата внесения платежа в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

4.6. В случае если оплата очередного страхового взноса не произведена в срок, установленный Договором страхования, или произведена в меньшем размере, чем установлен Договором страхования, Страховщик имеет право отказаться от исполнения Договора страхования в одностороннем порядке (т.е. заключение отдельного соглашения Сторон не требуется), направив соответствующее письменное уведомление Страхователю с указанием даты, с которой Договор страхования будет считаться расторгнутым (прекращенным). Страховщик имеет право в таком уведомлении предусмотреть, что договор будет считаться расторгнутым (прекращенным) с даты, указанной в уведомлении, если до этой даты не будет внесен очередной страховой взнос, внесение которого было просрочено или произведено не в полном объеме.

4.7. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) или факте его уплаты не в полном объеме. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

При этом информирование/уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона или на адрес электронной почты согласно документам, указанным в п. 6.7. настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащее информирование/уведомление и считается сделанным в письменной форме.

4.8. При наступлении страхового случая в период действия Договора страхования Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(ых) страхового(ых) взноса(ов).

5 Срок действия договора страхования. Срок страхования

5.1. Срок действия Договора страхования и (или) порядок его определения указывается в Договоре страхования. Срок действия Договора страхования устанавливается посредством указания даты вступления Договора страхования в силу и даты окончания действия Договора страхования или посредством указания периода времени.

5.2. Срок действия договора страхования может не совпадать со Сроком страхования по одному или нескольким страховым рискам, предусмотренным Договором страхования.

6 Порядок заключения и исполнения договора страхования

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

- 6.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования, составленный на бумажном носителе, скрепляется собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи Страхователя/уполномоченного лица Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение; при этом договор страхования составляется в двух экземплярах. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписывается в соответствии с требованиями действующего законодательства;
- 6.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Принятием является получение Страхователем от

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2.8. Следующие сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы: возраст, пол, вес, рост, артериальное давление; сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях/ повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин)); сведения о наличии/ отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информация в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы); сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий / занятости / работе (в т.ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости на основании гражданско-правового договора, и др.)/ ведении предпринимательской деятельности (в т.ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль); сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, 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)); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.); сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий

и др.); сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях об их заключении, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат); сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся(вшихся) у родственников Застрахованного лица; сведения об иждивенцах.

6.2.9. Сведения, относящиеся к Кредитному договору (в т.ч. факт его заключения, номер и дата, размер кредита).

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

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

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

6.2.13. сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости);

6.3. Форма представления указанных выше в п. 6.2. настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 6.2. настоящих Правил перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом Страховщик при заключении конкретного Договора страхования или отдельных групп единообразных Договоров страхования вправе сократить перечень документов и(или) сведений или принять взамен иные документы и(или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом.

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

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

6.6. Договор страхования исполняется Сторонами в соответствии с его условиями (в т.ч. в соответствии с документами, являющимися его неотъемлемыми частями) и действующим законодательством Российской Федерации.

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

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

6.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 6.4 настоящих Правил страхования (при наличии);

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

Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т. ч. предусмотренные пп.

9.1.1 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

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

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

6.10. 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, с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7 Прекращение действия Договора страхования

7.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования/соглашением Сторон, Договор страхования прекращается до истечения срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

7.1.1. выполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами);

7.1.2. отказ Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу. При этом Договор страхования считается не вступившим в силу, и страховые выплаты по нему не производятся;

7.1.3. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 6.1.1 или в подп. 6.1.3. настоящих Правил, после его вступления в силу и до истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты заключения Договора страхования;

7.1.4. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 6.1.1 или в подп. 6.1.3. настоящих Правил, после его вступления в силу и после истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты заключения Договора страхования;

7.1.5. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 6.1.2 настоящих Правил, после его вступления в силу и до истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты получения Страхователем Страхового полиса и Правил страхования;

7.1.6. отказ Страхователя от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 6.1.2 настоящих Правил, после его вступления в силу и после истечения срока, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты получения Страхователем Страхового полиса и Правил страхования;

7.1.7. отказ Страховщика от Договора страхования, заключенного с физическим лицом, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем в случае, предусмотренном п. 4.6 Правил страхования;

7.1.8. отказ Страховщика от Договора страхования, заключенного с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

7.1.9. по соглашению сторон;

7.1.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.2. Если в Договоре страхования не указан срок, предусмотренный в подпунктах 7.1.3 – 7.1.6 настоящих Правил, таким сроком является срок, установленный законодательством Российской Федерации, обязывающий Страховщика вернуть Страхователю денежные средства/часть денежных средств при отказе Страхователя от Договора страхования в течение такого срока при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.3. При отказе Страховщика от Договора страхования в случае, указанном в подпункте 7.1.7 Правил, Договор страхования прекращается (расторгается) в порядке и в соответствии с условиями, предусмотренными в п. 4.6. Правил. При отказе Страховщика от Договора страхования в случае, указанном в п. 7.1.8 Правил, Договор страхования прекращается (считается расторгнутым) с момента, определенного в уведомлении Страховщика об отказе от Договора страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.

7.4. При отказе Страхователя от Договора страхования в случаях, указанных в подпунктах 7.1.3 – 7.1.6 настоящих Правил, Договор страхования прекращается (считается расторгнутым) со дня, следующего за днем получения Страховщиком соответствующего заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.

7.5. При прекращении Договора страхования, заключенного со Страхователем, являющимся физическим лицом:

7.5.1. Страховая премия/страховой взнос подлежит возврату Страхователю в полном объеме способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил страхования при прекращении Договора страхования в следующих случаях:

7.5.1.1. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.2. настоящих Правил страхования;

7.5.1.2. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.5. настоящих Правил страхования при условии отсутствия в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая.

7.5.2. При прекращении Договора страхования в случае, предусмотренном подпунктом 7.1.3 настоящих Правил страхования, подлежит выплате выкупная сумма при условии отсутствия в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, в размере, определяемом по следующей формуле:

$R_{\text{упл}} - (R_{\text{уст}} * T1 / N)$,

где $R_{\text{упл}}$ – уплаченная страховая премия (при оплате премии единовременно) или уплаченный страховой взнос (при оплате страховой премии в рассрочку),

$R_{\text{уст}}$ – установленная Договором страхования страховая премия (при оплате премии единовременно) или страховой взнос, установленный Договором страхования (при оплате премии в рассрочку),

N – количество дней в сроке действия Договора страхования (при оплате премии единовременно) или в первом периоде времени, исчисляемом с даты начала действия Договора страхования (т.е. в первом месяце, квартале, годе или ином подобном периоде времени), соответствующем периодичности уплаты страховых взносов, установленной Договором страхования (при оплате премии в рассрочку),

$T1$ – количество дней в сроке действия Договора страхования до дня, предшествующего дате прекращения (включительно).

Выкупная сумма подлежит выплате способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, в течение 10 рабочих дней с даты получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил.

7.5.3. При прекращении Договора страхования в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.3., 7.1.5 настоящих Правил страхования и при наличии в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, а также при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в подпунктах 7.1.1, 7.1.4, 7.1.6, 7.1.7 настоящих Правил страхования, возврат страховой премии (ее части) не производится. При этом Стороны исходят из следующего:

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

7.5.3.2. выкупная сумма по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в п. 7.5.3 Правил, равна нулю. Данное условие является одним из существенных при установлении размера страхового тарифа по Договору страхования и, соответственно, размера страховой премии.

7.5.4. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.9 настоящих Правил (если стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.5.5. Выплата Страховщиком денежных средств в связи с досрочным прекращением Договора страхования, когда она предусмотрена Договором страхования или законодательством Российской Федерации, производится в течение 30 (тридцати) календарных дней (за исключением случаев, предусмотренных п.п. 7.5.1, 7.5.2 настоящих Правил) с момента получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил.

7.6. При прекращении Договора страхования, заключенного со Страхователем, являющимся индивидуальным предпринимателем или юридическим лицом:

7.6.1. Если иное не установлено Договором страхования, страховая премия/страховой взнос подлежит возврату Страхователю в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил страхования, если иной срок не установлен Договором страхования, при прекращении Договора страхования в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.2. настоящих Правил страхования;

7.6.2. Если иное не установлено Договором страхования, при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в п.п. 7.1.1, 7.1.3 - 7.1.8 настоящих Правил, возврат страховой премии (ее части) не производится. При этом Стороны исходят из следующего:

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

7.6.2.2. выкупная сумма по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в п. 7.6.2 Правил, равна нулю. Данное условие является одним из существенных при установлении размера страхового тарифа по Договору страхования и, соответственно, размера страховой премии.

7.6.3. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.9 настоящих Правил (если стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.7. Если иное не установлено Договором страхования, при взаимных расчетах Сторон в случае досрочного прекращения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

7.7.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме, содержащее все необходимые сведения и реквизиты;

7.7.2. для физических лиц и индивидуальных предпринимателей - документ, удостоверяющий личность Страхователя (или его представителя);

7.7.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей и для юридических лиц);

7.7.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.10. настоящих Правил, Страховщику должны быть представлены оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных законодательством обстоятельств.

7.8. Обязательства Сторон, возникшие и не исполненные/не прекратившиеся до расторжения (прекращения) Договора страхования, продолжают действовать до их исполнения или прекращения по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

7.9. Страховщик производит возврат поступивших излишне (ошибочно) денежных средств лицу, совершившему платеж, на основании его письменного заявления, содержащего всю необходимую и достаточную информацию. При этом Страховщик вправе потребовать представления платежных документов по оплате подлежащей возврату суммы и не осуществлять возврат денежных средств без удовлетворения такого требования. Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления в адрес Страховщика всех необходимых документов (сведений), если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

8 Размер и сроки страховой выплаты. Порядок принятия решения об осуществлении страховой выплаты

- 8.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования.
- 8.2. Страховые выплаты осуществляются в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в Договоре страхования.
- 8.3. Страховые выплаты при наступлении страховых случаев по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.9 настоящих Правил страхования, определяются в следующем порядке:
- 8.3.1. Если в договоре страхования установлена единая страховая сумма по всем страховым рискам или комбинации страховых рисков, то все страховые выплаты рассчитываются исходя из такой страховой суммы, при этом общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям не может превышать единой страховой суммы.
Для страховых рисков, по которым в договоре страхования установлены отдельные страховые суммы, страховая выплата рассчитывается исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, при этом размер страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим по одному страховому риску, ограничен размером страховой суммы, установленной по такому страховому риску, и не может ее превышать.
- 8.3.2. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Смерть», «Смерть от несчастного случая», «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»** устанавливается равным 100% (ста процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, если иной процент или порядок определения размера выплаты не установлены Договором страхования.
- 8.3.3. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Инвалидность 2 группы в результате заболевания», «Первичное диагностирование критического заболевания»** устанавливается равным 50% (пятидесяти процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, если иной процент или порядок определения размера выплаты не установлены Договором страхования.
- 8.3.4. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Дожитие до наступления события»** устанавливается в Договоре страхования за каждый день Оплачиваемого периода отсутствия занятости. Страховая выплата осуществляется только за дни, входящие в Оплачиваемый период отсутствия занятости. При этом Договором страхования может быть установлено максимальное количество календарных дней отсутствия занятости, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, за весь период страхования и/или за иной период времени и/или по одному страховому случаю.
- 8.3.5. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** устанавливается в Договоре страхования за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Страховая выплата осуществляется только за дни, входящие в Оплачиваемый период нетрудоспособности. При этом Договором страхования может быть установлено максимальное количество календарных дней нетрудоспособности (временного расстройства здоровья для неработающего

Застрахованного лица), за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, за весь период страхования и/или за иной период времени и/или по одному страховому случаю.

8.3.6. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** устанавливается в Договоре страхования за каждый день Оплачиваемого периода госпитализации. Страховая выплата осуществляется только за дни, входящие в Оплачиваемый период госпитализации. При этом Договором страхования может быть установлено максимальное количество календарных дней госпитализации, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, за весь период страхования и/или за иной период времени и/или по одному страховому случаю.

8.3.7. При заявлении нескольких событий, имеющих признаки страхового случая, обязательства Страховщика по страховой выплате возникают, и выплата (если она полагается) производится по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения документов поступил раньше.

8.4. По страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»** страховая выплата определяется и осуществляется в следующем порядке:

8.4.1. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программы ДМС).

8.4.2. Организация оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и/или медицинских организаций. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программы ДМС, непосредственно сервисным компаниям/медицинским организациям, организующим/оказывающим такие услуги.

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

8.4.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой ДМС, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании/медицинской организации, привлеченной(ых) Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качество таких услуг.

8.4.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг/стоимостью медицинских и иных услуг (в зависимости от того, что применимо), оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования и Программы ДМС, и не может превышать лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), устанавливаемых Договором страхования и/или Программой ДМС.

8.5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.9 настоящих Правил страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого события.

8.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.9 настоящих Правил страхования, Страховщику должны быть представлены:

8.6.1. Заявление по установленной Страховщиком форме, подписанное Выгодоприобретателем (его представителем); в случае нескольких Выгодоприобретателей – заявление должно быть предоставлено от каждого из Выгодоприобретателей; опросный лист (если предусмотрен Договором страхования).

8.6.2. Документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя), а также надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (при обращении представителя).

- 8.6.3. Документ, подтверждающий размер задолженности Застрахованного лица по Кредитному(ым) договору(ам) (если применимо).
- 8.6.4. по страховым рискам «Смерть», «Смерть от несчастного случая», дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):
- 8.6.4.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица или решение суда о признании Застрахованного лица умершим;
- 8.6.4.2. официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа), посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа с приложением результатов судебно-химического исследования (или выписки из них);
- 8.6.4.3. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной события явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;
- 8.6.4.4. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;
- 8.6.4.5. документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры, или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акты, материалы и результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;
- 8.6.4.6. свидетельство о праве на наследство (для наследников).
- 8.6.5. по страховому риску «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая» дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):
- 8.6.5.1. официальный документ, выданный федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;
- 8.6.5.2. справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);
- 8.6.5.3. удостоверение о назначении пенсии по инвалидности (копия всех заполненных страниц) (в случае наличия пенсии по инвалидности);
- 8.6.5.4. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу, обратный талон, заключение врачебной комиссии, протокол проведения медико-социальной экспертизы;
- 8.6.5.5. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной установления инвалидности явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;
- 8.6.5.6. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;
- 8.6.5.7. документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы,

- постановления, справки, определения, акты, результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.
- 8.6.6. по страховому риску **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события»** дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):
- 8.6.6.1. надлежащим образом заверенная копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (все страницы). При этом дата заверения копии должна быть не раньше даты наступления события;
 - 8.6.6.2. надлежащим образом заверенная копия трудовой книжки (все страницы);
 - 8.6.6.3. документы, подтверждающие факт заключения и прекращения / расторжения трудового договора (например, прекращенный / расторгнутый трудовой договор с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями), решение суда, вступившее в законную силу при наличии трудового спора и разрешении его в судебном порядке);
 - 8.6.6.4. документ, выданный государственным учреждением службы занятости населения, подтверждающий регистрацию Застрахованного лица в целях поиска подходящей работы или в качестве безработного, с указанием периода отсутствия занятости. Данный документ может представляться за весь период отсутствия занятости или периодически на ежемесячной основе.
- 8.6.7. по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):
- 8.6.7.1. закрытый(ые) листок(ки) нетрудоспособности или в качестве альтернативного документа (если листок нетрудоспособности для такого Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством не оформляется) предоставляется справка или иной документ из медицинской организации, в котором должны быть указаны сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение. Данный документ может представляться за весь период нетрудоспособности (период временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц;
 - 8.6.7.2. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях;
 - 8.6.7.3. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
 - 8.6.7.4. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре;
 - 8.6.7.5. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);
 - 8.6.7.6. документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.
- 8.6.8. по страховому риску **«Первичное диагностирование критического заболевания»** дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):
- 8.6.8.1. Медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования критического заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства;
 - 8.6.8.2. Выписка из амбулаторной карты не менее чем за последние 5 (пять) лет с указанием диагнозов, точных дат их установления, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.

8.6.9. по страховому риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** дополнительно к указанному в подп. 8.6.1. – 8.6.3. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.6.9.1. Медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты несчастного случая, приведшего к госпитализации, длительности стационарного лечения и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах госпитализации (например, выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии).

8.6.9.2. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.7. По страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»** в целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой ДМС, Застрахованному лицу необходимо:

обратиться за получением услуг в порядке, предусмотренном Договором страхования и/или Программой ДМС, к Страховщику, в медицинскую организацию или в сервисную компанию (в случае ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования) (в зависимости от того, что предусмотрено Договором страхования и/или Программой ДМС), и предоставить сведения и/или документы, предусмотренные Договором страхования и/или Программой ДМС (если предусмотрены) .

8.8. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 8.6. настоящих Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, представлению подлежит нотариально удостоверенный перевод документа.

8.9. Указанный в п. 8.6. настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и сократить указанный в п. 8.6. настоящих Правил перечень документов, а также принять иные документы (в т.ч. в иной форме, по сравнению с той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.10. 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. Если документы/сведения подлежат запросу не у заявителя, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует

заявителя об отсрочке принятия решения в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента направления запроса.

- 8.11. Страховщик принимает решение по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.9 настоящих Правил, о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

Решение о страховой выплате по страховому риску «**Дожитие Застрахованного лица до наступления события**» Страховщик принимает один раз (при представлении документа, указанного в подп. 8.6.6.4 Правил, один раз за весь период отсутствия занятости) или по мере поступления документов (при представлении документа, указанного в подп. 8.6.6.4 Правил, на ежемесячной основе).

Решение о страховой выплате по страховому риску «**Временная нетрудоспособность**» Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.6.7.1 Правил, один раз за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз по мере поступления документов, но не чаще чем один раз в месяц (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.6.7.1 Правил, несколько раз).

Страховая выплата производится в денежной форме на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении о страховой выплате или иным способом по согласованию Сторон/по согласованию с Выгодоприобретателем.

В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

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

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

8.12.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

- 8.13. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

8.13.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования;

8.13.2. событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования;

8.13.3. сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные параметры, установленные договором страхования. При этом возможен частичный отказ в выплате пропорционально превышению лимита/параметров;

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

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

8.13.6. договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий);

8.13.7. по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик от страховой выплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации).

9 Права и обязанности сторон

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования, а также предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме и соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии). При этом, информация предоставляется в следующем порядке: на основании письменного запроса Страхователя

(Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса (если меньший срок не установлен законодательством Российской Федерации), используя способы взаимодействия, которые установлены договором страхования

9.1.2. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные в разделе 8 настоящих Правил;

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

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом), любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

9.2.2. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.10. настоящих Правил;

9.2.3. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

9.2.4. отказать в страховой выплате при наличии оснований, установленных настоящими Правилами, уведомив об этом Выгодоприобретателя в срок, установленный в разделе 8 настоящих Правил;

9.2.5. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

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

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

9.3.3. Страхователь обязуется незамедлительно уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

9.3.4. при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, или события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами сроки;

9.4. Страхователь имеет право:

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

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

9.4.3. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);

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

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

9.4.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

9.5. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

10 Порядок разрешения споров

10.1. Все споры, возникающие между Сторонами по Договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11 Персональные данные

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

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

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

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

11.2.2. для целей перестрахования Страховщиком рисков, принятых по Договору страхования, и заключения, исполнения, изменения, прекращения соответствующего(их) договора(ов) перестрахования;

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

11.2.4. для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика;

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

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

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

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

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

«Дистанционная медицинская консультация»¹

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами комбинированного страхования № 0051.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования), заключенным в отношении Застрахованного лица, в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. Врач - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, имеющий в установленном действующим законодательством порядке право на осуществление медицинской деятельности и практикующий на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (при условии, если такие стандарт(-ы) и порядок(-ки) оказания медицинской помощи предусмотрены законодательством).

1.3.2. Второе дистанционное мнение - консультация Застрахованного лица, имеющего первое медицинское мнение, проводимая врачом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, представленной Застрахованным лицом, содержащейся в медицинских документах (в частности, в истории болезни и/или иных медицинских документах, содержащих первое медицинское мнение), без непосредственного общения с Застрахованным лицом.

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

1.3.4. Медицинская информация - информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболеваний (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах, представленных Застрахованным лицом (в том числе, выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому

¹ Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в меньшем объеме, чем указан в настоящей Программе (в том числе может быть уменьшен перечень медицинских услуг, перечень областей медицины, в которых оказываются медицинские услуги); может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), отличающиеся от указанных в разделе 5 настоящей Программы; могут быть изменены условия и порядок оказания услуг.

Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении) в целях предоставления второго дистанционного мнения.

1.3.5. Первичное медицинское заключение (первое медицинское мнение) - первичное заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза, выданное лечащим врачом или другими врачами, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении Застрахованного лица, на основании записей в медицинской документации либо по результатам медицинского обследования.

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. Дистанционные медицинские консультации проводятся врачами, являющимися работниками медицинской(их) организации(й), осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (также по тексту Программы – Медицинские(-ая) организации(-ия)).

Медицинская(-ие) организация(-ия) для оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, определяется(-ются) Страховщиком или сервисной компанией (если привлечена Страховщиком), и в течение действия Договора страхования может(могут) меняться.

Застрахованному лицу предоставляются дистанционные медицинские консультации по медицинским вопросам, непосредственно связанным со здоровьем Застрахованного лица.

2.2. Дистанционные медицинские консультации² включают в себя:

2.2.1. Дистанционные медицинские консультации в режиме реального времени (т.е. при непосредственном общении с Застрахованным лицом дистанционно с помощью технических средств связи) дежурного врача общей практики. Режим предоставления консультаций - 24 часа в сутки ежедневно. Во время проведения дистанционной медицинской консультации врач информирует о специалистах, к которым 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.

2.2.2. Предоставление второго дистанционного мнения в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица, о котором вынесено первое медицинское мнение, в следующих областях медицины:

- Онкология³
- Кардиология
- Неврология
- Нефрология
- Ортопедия
- Гематология
- Офтальмология

² Дистанционные медицинские консультации не являются основанием для выдачи официальных медицинских документов (лист нетрудоспособности, направление на госпитализацию и пр.), по их итогам не устанавливают диагноз, не назначают и не корректируют ранее назначенное лечение.

³ Договором страхования стороны могут предусмотреть, что для предоставления врачом второго медицинского мнения в области онкологии может использоваться система Watson for Oncology (Ватсон для онкологии), – искусственный интеллект, с помощью которого проводится оценка состояния здоровья в области онкологии на основании полученных от Застрахованного лица информации и документов, предоставляются комментарии в отношении выбранных методов лечения и реабилитации. Договором страхования также может быть предусмотрено, что система Watson for Oncology может использоваться для предоставления второго медицинского мнения только тем Застрахованным лицам, в отношении которых Договор страхования заключен на случай наступления определенных событий (страховых рисков) (например, на случай Первичного диагностирования критического заболевания).

- Эндокринология
- Пульмонология
- Хирургия
- Отоларингология
- Терапия
- Урология
- Дермато-венерология
- Гинекология
- Гастроэнтерология
- Аллергология-иммунология
- Маммология
- Диетология
- Проктология.

При этом наличие первичного медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным условием для получения второго дистанционного мнения.

Второе дистанционное мнение предоставляется врачом, назначенным по выбору Страховщика (сервисной компании, если привлечена Страховщиком), по итогам дистанционного рассмотрения и оценки первого медицинского мнения и иной медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленной Застрахованным лицом в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, без непосредственного общения с Застрахованным лицом и без физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом.

Второе дистанционное мнение содержит рекомендации и/или комментарии врача, касающиеся состояния здоровья Застрахованного лица, о котором составлено первое медицинское мнение, установленного в первом медицинском мнении диагноза Застрахованному лицу, комментарии и/или рекомендации в отношении выбранных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача, в том числе по плану лечения.

2.2.3. Предоставление медицинского заключения (письменных рекомендаций) по результатам дистанционной медицинской консультации в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

3.1. Услуги, указанные выше в Разделе 2, предоставляются дистанционно (осуществляются без очного приема Застрахованного лица врачом) с использованием технических средств связи в порядке, предусмотренном настоящей Программой, а также информационными материалами и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальном на момент обращения.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

3.3. Для получения услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, Застрахованному лицу необходимо предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше в п.3.1 (если предусмотрены).

3.4. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.2.2 Программы, Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации в личном кабинете в онлайн-ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе) о том, какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) необходимо представить для получения второго дистанционного мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских

документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховщика (сервисной компании) имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте) для уточнения предоставленной информации и/или получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для получения второго дистанционного мнения.

3.5. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:

3.5.1. оказание услуги, предусмотренной п. 2.2.1 настоящей Программы, должно начаться в срок не позднее 15 минут с момента обращения Застрахованного лица. При этом длительность дистанционной медицинской консультации, предусмотренной п. 2.2.1 Программы, составляет не более 15 минут (если иная ее продолжительность не обусловлена характером обращения Застрахованного лица, решение о продолжительности в таком случае принимается врачом, оказывающим дистанционную медицинскую консультацию).

Медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам дистанционной медицинской консультации (п. 2.2.3 Программы), предусмотренной п. 2.2.1 настоящей Программы, направляется в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, не позднее 72 часов с момента оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 Программы.

3.5.2. услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей Программы, должны быть оказаны в срок не позднее 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.4 настоящей Программы, кроме случаев, указанных в п. 3.5.3 настоящей Программы;

3.5.3. услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей Программы, могут быть оказаны в срок до 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.4 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго дистанционного мнения;

3.5.4. Медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам дистанционной медицинской консультации (п. 2.2.3 Программы), предусмотренной п. 2.2.2 настоящей Программы, направляется в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, в течение сроков оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, указанных в п. 3.5.2, 3.5.3 Программы.

Раздел 4. Исключения из страхования

По настоящей Программе не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. Обращение за оказанием услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.3. Обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за оказанием услуг.

4.4. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг по вопросам не медицинского характера.

4.5. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

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

4.5.2. с любыми видами фобий;

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

4.5.4. расстройствами сексуального характера.

4.6 Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:

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

- 4.6.2. туберкулезом;
- 4.6.3. заболеваниями, передающимися половым путем;
- 4.6.4. психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

Раздел 5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства)

По настоящей Программе предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства):

5.1. страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»;

5.2. после того, как стоимость всех организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация», Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

5.3. максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными п. 2.2.2 Программы, - два раза в течение каждого года срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация», начиная с даты начала (включительно) такого срока страхования.