

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Общества с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»  
от 06.04.2018 № Пр-УПС/04-01-01-01-11/0026-1

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

## 1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает договоры страхования (далее по тексту – «договоры страхования») со Страхователями.

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

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

Приложения к Правилам страхования являются их неотъемлемыми частями.

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

1.4. В настоящих Правилах страхования и договорах страхования, которые заключены на основании настоящих Правил, термины используются в значении, установленном настоящим разделом и приложениями к Правилам страхования.

1.4.1. **Врач - специалист** – специалист с окончанным высшим медицинским образованием, практикующий в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющий соответствующую квалификацию в соответствующей области медицины.

1.4.2. **Выкупная сумма** – сумма, определенная Договором страхования, выплачиваемая при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования. Выкупная сумма может составить 0 (ноль).

1.4.3. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая приложения к нему) по страховому (-ым) риску (-ам) / по страховому (-ым) случаю (-ям) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), а при осуществлении медицинского

страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству обращений и т.п.).

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.8. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся неотъемлемой частью договора страхования (при страховании по рискам из числа, указанных в подп. 3.1.3 – 3.1.6 Правил страхования), в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также могут

быть указаны порядок их оказания и иные положения, предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.

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

1.4.10. **Полисный год** – полный год действия договора страхования. Отсчет лет ведется с даты вступления договора страхования в силу.

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

1.4.12. **Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

1.4.14. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, в соответствии с условиями договора страхования.

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

1.4.16. **Страховой случай** – произошедшее в период действия договора страхования событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого Страховщик обязан произвести страховую выплату.

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

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

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

## 2. Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектами страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков **«дожитие до окончания договора», «смерть Застрахованного лица с возвратом взносов»** не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица (также по тексту Правил страхования (включая приложения), а также по тексту договора страхования и других связанных со страховой услугой документов, – **«страхование жизни»**);

2.1.2. в отношении страховых рисков **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания», «второе экспертное медицинское мнение», «чек-ап стандартный», «чек-**

**ап расширенный», «дистанционные медицинские консультации»:** не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил страхования (включая приложения), а также по тексту договора страхования и других связанных со страховой услугой документов, – **«медицинское страхование»**).

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

2.3. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее деятельность по страхованию на основании полученной в установленном порядке лицензии.

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

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

Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

2.6. Выгодоприобретателями являются:

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

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

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

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

2.7. Договор страхования по настоящим Правилам страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующей категории:

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

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

2.7.3. больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита;

2.7.4. имеющие психические расстройства и/или расстройства поведения;

2.7.5. состоящие на учете в наркологическом и (или) психоневрологическом диспансерах;

2.7.6. находящиеся под следствием или осужденные к лишению свободы;

2.7.7. инвалиды 1, 2 группы или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу;

2.7.8. больные злокачественными новообразованиями (злокачественные опухоли, включая Болезнь Ходжкина), доброкачественными новообразованиями головного мозга и других отделов центральной нервной системы;

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

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

Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и (или) изменения условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

### 3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Договоры страхования по настоящим Правилам страхования могут быть заключены с ответственностью по страховому(-ым) риску(-ам) из числа следующих:

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

3.1.2. **«Смерть Застрахованного лица с возвратом взносов».** Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине (с учетом исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования). Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«смерть (с возвратом взносов)»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Приложением №1 к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 1 **«Диагностирование и лечение особо опасного заболевания»** (далее – «Программа №1) вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (также именуется **«Диагностирование и лечение особо опасного заболевания»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №1.

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

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №2.

3.1.5. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Приложением №3 к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 3 **«Чек-ап стандартный»**» (далее – «Программа №3») или Приложением №4 к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 4 **«Чек-ап расширенный»**» (далее – «Программа №4») в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также именуется **«Чек-ап стандартный»** и **«Чек-ап расширенный»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №3 или в Программе № 4.

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №4.

3.1.6. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Приложением №5 к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 5 **«Дистанционные медицинские консультации»**» (далее – «Программа №5) вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также именуется **«Дистанционные медицинские консультации»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №5.

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

3.2.1. при страховании по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.3 - 3.1.6 Правил страхования, Стороны при заключении договора страхования могут договориться об изменении объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, указанных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования (в том числе об уменьшении (увеличении) перечня медицинских и (или) иных услуг), об изменении областей медицины, об исключении отдельных заболеваний (состояний), при которых Страховщик организует оказание медицинских и иных услуг и оплачивает такие услуги, о сокращении (увеличении) перечня специалистов, проводящих плановые консультации);

3.3. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховому риску, указанному в п. 3.1.2 настоящих Правил, события, наступившие в результате и (или) во время:

3.3.1. участия Застрахованного лица в столкновениях, иных приравняемых к ним событиях, в нарушениях общественного порядка, а также в подготовке и (или) совершении террористического акта.

3.3.2. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления;

3.3.3. вследствие обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, если при этом не была надлежащим образом исполнена обязанность, предусмотренная подп. 11.3.4. настоящих Правил страхования.

3.4. По соглашению Сторон договором страхования и / или любой из Программ №№ 1 – 5 могут быть установлены исключения из страхования, в том числе отличающиеся от указанных в п.п. 3.3 настоящих Правил страхования.

3.5. События, определенные в качестве исключений из страхования, не являются страховыми случаями и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату или оплатить и организовать оказание медицинских или иных услуг.

#### **4. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия и порядок ее уплаты**

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.

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

4.2.1. по всем страховым рискам, кроме страхового риска «смерть (с возвратом взносов)» страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования;

4.2.2. по страховому риску «смерть (с возвратом взносов)» страховая сумма является изменяемой:

4.2.2.1. со дня вступления Договора страхования в силу страховая сумма или порядок ее определения устанавливаются Страховым полисом (в т.ч. приложением к нему);

4.2.2.2. до момента вступления Договора страхования в силу страховая сумма приравнивается к первому страховому взносу (для Договоров страхования с оплатой страховой премии в рассрочку).

4.3. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте. По соглашению Сторон страховая сумма в Договоре страхования может быть установлена в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (далее также – «страхование в эквиваленте»), при этом сумма определяется по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату заключения Договора страхования, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в Договоре страхования.

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

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

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

4.5. Страховая премия оплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования.

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

4.6. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии, при неоплате первого страхового взноса (при оплате в рассрочку) в полном объеме и до истечения срока, указанного в Страховом полисе, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в срок, установленный соглашением Сторон, а при его отсутствии – в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

4.6.1. возврат денежных средств производится в рублях;

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

4.7. Стороны пришли к соглашению, что при ненадлежащей оплате очередного страхового взноса (неполная или несвоевременная оплата) Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме. При этом договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.

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

4.9.1. при платеже путем безналичных расчетов – дата списания денежных средств со счета Страхователя для их перечисления на расчетный счет Страховщика;

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

4.10. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) и / или о факте прекращения договора страхования по основанию, указанному в подп. 7.1.3 настоящих Правил страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, и/или иным информационным источникам, указанным в п. 6.9 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

4.11. По страхованию жизни при наступлении страхового случая 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 устанавливается по соглашению Сторон и указывается в договоре страхования.

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

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

5.4. Срок страхования может определяться посредством указания в договоре страхования даты его начала и даты окончания и/или периодом времени.

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

Если иное не предусмотрено договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

При этом досрочное прекращение действия договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам, предусмотренным договором страхования.

## **6. Порядок заключения и изменения договора страхования**

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

6.2. Для заключения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:

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

6.2.2. Сведения и / или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Выгодоприобретателя /Застрахованное лицо (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства (регистрации), реквизиты документа, удостоверяющего личность (например, серия, номер) и др.), сведения о родстве / состоянии в браке со Страхователем, документы, удостоверяющие личность, и др.).

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

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

6.2.5. Сведения и / или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, в сфере осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами).

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

6.2.7. Медицинское заключение и/иные документы, выдаваемые медицинской организацией, по результатам прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования, в т.ч., в случае, предусмотренном в п. 6.3.2 настоящих Правил страхования;

6.2.8. Сведения и (или) документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные в п. 6.3. настоящих Правил (если применимо).

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

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

- возраст, пол, вес, рост, индекс массы тела, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете;
- сведения о наличии психических заболеваний и расстройств;
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч., о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, о наличии/отсутствии определенных симптомов и (или) состояниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (включая, сведения о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах, в т.ч. планируемых/госпитализации/сведения, связанные с беременностью (для женщин), о рекомендованных и (или) планируемых исследованиях организма);
- сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
- сведения о профессии/профессиональной деятельности/роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));
- сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью и (или) нахождением под следствием и (или) нахождением в местах лишения свободы, сведения о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере);
- сведения о принимаемых медицинских препаратах;
- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т. ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств));
- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
- сведения о месте жительства/временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);
- сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
- сведения об иждивенцах;

6.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком.

6.4. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Согласно настоящим Правилам страхования к таким обстоятельствам относятся сведения, указанные в п. 6.3. Правил страхования.

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

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

Если лицом, имеющим намерение заключить Договор страхования/ потенциальным Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 6.2. и п. 6.3. Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет лицо, имеющее намерение заключить Договор страхования.

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 страхования будет считаться незаключенным и страховые выплаты по нему не будут производиться.

6.6. Если Страхователь письменно не заявил об ином, подписание Страхового полиса, составленного на бумажном носителе, Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика.

Если Страхователь письменно не заявил об ином, подписание Страховщиком документов, составленных на бумажных носителях в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

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 заявлении, договоре страхования или в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

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

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

6.8. Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) сообщения (в т. ч. предусмотренные подп. 11.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) 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.

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

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

6.10. Если в период действия Договора страхования Страховщик получит уведомление Страхователя об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. При этом, Страхователь должен приложить к уведомлению сведения и/или документы согласно п. 6.2 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе руководствоваться п. 6.3 и п. 6.4.1 Правил.

Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.), сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий.

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

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

## **7. Порядок прекращения договора страхования**

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

7.1.1. при исполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

7.1.2. при одностороннем отказе Страхователя от договора страхования после его вступления в силу. При этом дата прекращения (последний день действия) договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.5. Правил страхования.

7.1.3. по инициативе Страховщика на основании п. 4.7 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке;

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

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

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

7.2. При одностороннем отказе Страхователя от договора страхования до его вступления в силу договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.5 Правил, в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

7.3. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подп. 7.1.2 и 7.1.3 настоящих Правил страхования, а также в иных случаях (если предусмотрены договором страхования) Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица его наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения договора страхования. При этом возврат уплаченной страховой премии не производится.

7.4. Размер выкупной суммы рассчитывается как гарантированная выкупная сумма, определенная в соответствии с размером, установленным Страховым полисом (приложением к нему), для периода действия Договора страхования, соответствующего дате досрочного прекращения.

В случае наличия задолженности Страхователя по уплате страховых взносов на дату досрочного прекращения договора страхования Страховщик вправе уменьшить размер выкупной суммы на размер задолженности Страхователя.

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

7.5.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

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

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

7.5.4. В случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.4, 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.6. Выкупная сумма выплачивается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента досрочного прекращения договора страхования или получения Страховщиком всех необходимых документов согласно п. 7.5 настоящих Правил, в зависимости от того, какое событие наступит позднее.

7.7. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения договора страхования, отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

## **8. Порядок исполнения договора страхования в части страхования жизни**

8.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страховым рискам **«дожитие до окончания договора»**, **«смерть с возвратом взносов»** Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

8.1.1. В отношении страхового риска **«дожитие до окончания договора»** – в течение 5 (пяти) рабочих дней после наступления события.

8.1.2. В отношении страхового риска **«смерть с возвратом взносов»** – в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

8.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страховым рискам **«дожитие до окончания договора»**, **«смерть с возвратом взносов»**, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.2.1. Страховой полис.

8.2.2. Надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена). Если заявителей несколько, заявление предоставляется от каждого заявителя отдельно.

8.2.3. Документ, удостоверяющий личность заявителя.

8.2.4. Если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследника)) и/или

подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака).

8.2.5. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя).

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

8.2.7. Дополнительно к указанному в пп. 8.2.1 – 8.2.6 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие до окончания договора»** предоставляется:

- документ, свидетельствующий о нахождении Застрахованного лица в живых: свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершение таких действий органом / должностным лицом), или, по согласованию со Страховщиком, надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного лица или выписка из него. При этом, Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента заверения копии / выписки.

8.2.8. Дополнительно к указанному в пп. 8.2.1 – 8.2.6 настоящих Правил по страховому риску **«смерть с возвратом взносов»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

- свидетельство о смерти Застрахованного лица (или решение суда о признании Застрахованного лица умершим);
- официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа), посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа или выписки из них;
- если событие произошло в результате болезни, Страховщику должны быть представлены документы из медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо, раскрывающие обстоятельства события (основной диагноз, результаты дополнительных методов исследования, проводимого лечения (включая сроки) заболевания, либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;
- если событие произошло в результате иных причин, Страховщику дополнительно должны быть представлены акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;
- свидетельство о праве на наследство (для наследников).

8.3. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливая факты, выясняя причины и обстоятельства произошедшего события (в т. ч. основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на

ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанных в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде составленного Страховщиком документа (в т. ч. в качестве его составной части), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 8.2 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.4. Указанный в п. 8.2 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.

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

8.6. Страховые выплаты по страховым рискам **«дожитие до окончания договора»** и **«смерть с возвратом взносов»** осуществляются единовременно в размере 100 % (ста процентов) страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему риску.

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

8.8. По страховым рискам **«дожитие до окончания договора»** и **«смерть с возвратом взносов»** Страховщик принимает решение, указанное в п. 8.7 Правил страхования, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов и в тот же срок производит страховую выплату или направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

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

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

## **9. Порядок исполнения договора страхования в части медицинского страхования**

9.1. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований, предусмотренных в п. 10.2 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программами №№ 1 – 5 (в зависимости от того, что применимо)), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу. При этом:

9.1.1. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой №№ 1 – 5 (в зависимости от того, что применимо), указанной в договоре страхования,

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

9.1.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг в объеме и сроки, предусмотренные договором страхования (в т.ч. в Программах №№ 1 – 5, указанных в договоре страхования). При этом, выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией).

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

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

9.1.5. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме и сроки, предусмотренные договором страхования (в т.ч. в Программах №№ 1- 5, указанных в договоре страхования):

9.1.5.1. до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения);

9.1.5.2. до даты их фактического оказания, но не более 4 месяцев с даты окончания действия срока страхования, когда в течение срока страхования Страховщик признал событие страховым случаем и принял решение об оплате определенных медицинских и иных услуг, но на дату окончания срока страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были;

9.1.5.3. до момента окончания посмертной репатриации останков Застрахованного лица, если смерть Застрахованного лица наступила после окончания срока страхования, но в период оказания ему медицинских и иных услуг, указанных в п. 9.1.5.2 настоящих Правил страхования, и Страховщик до окончания срока страхования в порядке, предусмотренном в п. 9.1.1 настоящих Правил страхования, принял на себя обязательства по организации и оплате обратного проезда Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

9.2. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или стоимостью самих услуг, в пределах лимитов ответственности, установленных Программами №№ 1 – 5 (в зависимости от того, что применимо).

9.3. Перечень документов и / или сведений, необходимых для рассмотрения произошедшего события, принятия по нему решения и / или организации предоставления

Застрахованному лицу медицинских и / или иных услуг, указывается в Правилах страхования, в том числе в Программах №№ 1 – 5. При этом, Страховщик может реализовать права, установленные п. 8.3 Правил страхования.

## **10. Основания отказа в страховой выплате**

10.1. По любому страховому риску, кроме страхового риска **«дожитие до окончания договора»**, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- 10.1.1. Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.
- 10.1.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 10.1.3. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- 10.1.4. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

10.2. Страховщик отказывается в страховой выплате по следующим основаниям:

- 10.2.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования или Программах №№ 1 – 5).
- 10.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).
- 10.2.3. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 10.2.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и / или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.
- 10.2.5. При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программе №№ 1 – 5 (в зависимости от того, что применимо).
- 10.2.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

## **11. Права и обязанности Сторон**

11.1. Страховщик обязан:

- 11.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (включая приложения).
- 11.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 11.1.3. При признании события страховым случаем и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке, установленные разделами 8, 9 настоящих Правил страхования и Программами № 1 – 5 (в зависимости от того, что применимо) или договором страхования.

11.2. Страховщик имеет право:

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

11.2.2. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

11.2.3. Запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем.

11.2.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (п. 6.10 Правил страхования), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в п. 6.10 Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

11.2.5. Осуществлять иные действия для исполнения положений договора страхования.

### 11.3. Страхователь обязан:

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

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

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

11.3.4. Уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п. 6.10 настоящих Правил страхования. Указанное в настоящем подпункте уведомление (с приложениями (если предусмотрены)) подлежит направлению в письменной форме в срок не позднее 2 (Двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом, Стороны могут согласовать иные сроки представления уведомления (приложений к нему);

11.3.5. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по договору страхования, а также с условиями организации оказания медицинских и иных услуг.

### 11.4. Страхователь имеет право:

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

11.4.2. Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.4.3. Получить дубликат Страхового полиса в случаях и в порядке, установленных п. 6.11 Правил страхования.

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

11.4.5. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

11.4.6. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программами №№ 1 – 5 (в зависимости от того, что применимо)).

11.4.7. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

11.5. Застрахованное лицо обязано по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховым рискам, указанным в пунктах 3.1.3 – 3.1.6 настоящих Правил страхования:

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

11.5.2. обратиться к Страховщику или в сервисную компанию (в случае, если такая компания указана в договоре страхования (в том числе, в Программах №№ 1 – 5) в порядке, указанном в настоящих Правилах страхования и/или в договоре страхования (в том числе, в Программах №№ 1 - 5) в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

11.5.3. не передавать договор страхования, пропуск в медицинские организации (если оформлялись) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

11.6. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования (включая приложения к ним) и / или договором страхования и / или действующим законодательством Российской Федерации.

11.7. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

## **12. Порядок разрешения споров**

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.

## **13. Персональные данные. Тайна страхования**

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

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

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

13.2.1. Для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения договора страхования.

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

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

13.2.4. Для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика (в т. ч. оценки страхового риска).

13.2.5. Для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

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

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

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

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №1  
«Диагностирование и лечение особо опасного заболевания»**

**Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования №1 (далее также – Программа ДМС №1) при соблюдении всех положений, определений, исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования/Страховым полисом № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (далее – Договор страхования), в том числе, настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем в рамках действия настоящей Программы, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Диагностирование и лечение особо опасного заболевания», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

1.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории *(выбирается один из вариантов)*:

- России;
- России, Испании, Германии, Израиля, Южной Кореи, Франции, Тайланда, Чехии (территория оказания услуг).

**Раздел 2. Заболевания и состояния, при которых предоставляются медицинские и иные услуги.**

2.1. В соответствии с настоящей Программой при наступлении страхового случая Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном разделом 3 настоящей Программы, при заболеваниях и состояниях, диагностированных (установленных) Застрахованному лицу врачом-специалистом впервые в течение срока страхования:

**2.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание**

Под *злокачественным онкологическим заболеванием* понимается заболевание (согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее МКБ-10)), проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и

деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение срока страхования. В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркому.

При этом по смыслу настоящего определения не относятся к злокачественным онкологическим заболеваниям:

- Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2b3N(0)M(0) по международной классификации TNM;
- Злокачественная опухоль предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;
- Карцинома *in situ* (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания;
- Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия A (по классификации Binet) или стадия I (по классификации Rai);
- Папиллярный рак щитовидной железы;
- Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный, как имеющий стадию TaNOM0 или меньше;
- Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ – инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

2.1.2. Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу аортокоронарного шунтирования (также по тексту Программы именуется «АКШ»).

Под *аортокоронарным шунтированием* понимается операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом, заключающимся в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерии с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий, необходимость проведения и факт проведения которой должны быть подтверждены врачом-специалистом (кардиологом, кардиохирургом) и методом коронарной ангиографии.

При этом по смыслу настоящего определения не являются аортокоронарным шунтированием баллонная ангиопластика, стентирование коронарных артерий, а также все нехирургические методы воздействия (вмешательства), в том числе, эндоскопические манипуляции, ангиопластика, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.

2.1.3. Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу хирургии сердечного клапана (также по тексту Программы именуется «Хирургия сердечного клапана»).

Под *хирургией сердечного клапана* понимается хирургическая операция с целью протезирования (полной замены искусственным аналогом) или пластики одного или более пораженных клапанов сердца (аортального, митрального, легочного, трехстворчатого клапанов) вследствие стеноза или недостаточности, или комбинации этих состояний, необходимость проведения и факт проведения которой должны быть подтверждены врачом-специалистом

(кардиологом) и результатами соответствующего медицинского обследования. Операция должна быть проведена впервые в течение срока страхования.

При этом по смыслу настоящего определения не является протезированием сердечного клапана: вальвулотомия, вальвулопластика, другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

2.1.4. Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу трансплантации костного мозга и/или следующих внутренних органов или доли органа: легкие, почки, печень (также по тексту Программы именуется «Трансплантация»).

Под *трансплантацией* понимается хирургическая ампутация или удаление у застрахованного лица органа(-ов), из числа перечисленных в абзаце первом п.2.1.4 настоящей Программы и имплантация застрахованному лицу на место удаленного(-ых) органа(-ов) целого органа / части органа, полученного(-ых) от другого человека (донора), а в случае трансплантации костного мозга – пересадка застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя.

Необходимость трансплантации должна быть обусловлена финальной стадией недостаточности указанных в абзаце первом п. 2.1.4 настоящей Программы органов, генетическими и метаболическими заболеваниями, а в случае трансплантации костного мозга - гематологическими, онкологическими и аутоиммунными заболеваниями, и вместе с фактом проведения должна быть подтверждена врачом-специалистом.

Случаи одновременной пересадки нескольких из указанных органов считаются одной трансплантацией.

Повторная трансплантация одного и того же органа (ретрансплантация) считается отдельной трансплантацией.

При этом по смыслу настоящего определения не является трансплантацией: пересадка других органов, а также частей органов или тканей; трансплантация при которой Застрахованное лицо выступает донором по отношению к третьему лицу; трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками; трансплантация костного мозга, осуществленная после проведения Застрахованному лицу, полного курса лучевой терапии.

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

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

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

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

- Болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными болезнями нервной системы (МКБ-10: G30-G31);
- Поражениями отдельных нервов, нервных корешков, сплетений и спондилопатии (МКБ-10: G50-G59, M45-M54);
- Церебральными расстройствами, вызванными мигренью;
- Церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;
- Сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв, кохлеарными расстройствами;
- Приступами вертебробазилярной ишемии;
- Болезнью Паркинсона;
- Болезнью двигательного нейрона (МКБ-10: G12.2);
- Эпилепсией (МКБ-10: G40).

### Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые при заболеваниях и состояниях указанных в Разделе 2 Программы ДМС №1:

Предоставляемые услуги
<b>3.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание (п. 2.1.1 Программы ДМС №1):</b>
<i>1. Стационарная помощь:</i>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
1.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
1.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
1.4. Выполнение лечебных процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.8. Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.9. Имплантация необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего и наружного протезирования
1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<i>2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</i>
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
2.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
2.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы

2.6. Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
<b>3. Паллиативная медицинская помощь</b>
<b>3.1.2. «АКШ» (п. 2.1.2 Программы ДМС №1):</b>
<b>1. Стационарная помощь:</b>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
1.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
1.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
1.4. Выполнение лечебных процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.8. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.9. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.10. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<b>2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</b>
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
2.2. Диагностирование: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
2.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
2.5. Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
<b>3.1.3. «Хирургия сердечного клапана» (п. 2.1.3 Программы ДМС №1):</b>
<b>1. Стационарная помощь:</b>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
1.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иммунологическая терапия
1.4. Выполнение лечебных процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.8. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты

1.9. Медицинские приборы и устройства
1.10. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.11. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<b>2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</b>
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
2.2. Диагностирование: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
2.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
2.5. Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
<b>3.1.4. «Трансплантация» (п. 2.1.4 Программы ДМС №1):</b>
<b>1. Стационарная помощь:</b>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
1.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иммунологическая терапия, гемодиализ
1.4. Выполнение лечебных процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.8. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.9. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации
1.10. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<b>2. Подбор органа для трансплантации, его хранение, перевозка к месту, где будет производиться Трансплантация</b>
<b>3. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</b>
3.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
3.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
3.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
3.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
3.5. Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
<b>3.1.5. «Нейрохирургия» (п. 2.1.5 Программы ДМС №1):</b>

<b>1. Стационарная помощь:</b>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
1.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, ДНК-диагностика, люмбальная пункция
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное, хирургическое лечение
1.4. Выполнение лечебных процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
1.4. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.5. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.6. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.7. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.8. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.9. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<b>2. Амбулаторно-поликлиническая помощь</b>
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
2.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: нейрофизиологическое тестирование, ДНК-диагностика, клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение: консервативное лечение после проведения хирургического лечения
2.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
2.5. Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листов временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)

3.2. Если иное не предусмотрено по соглашению сторон, по настоящей Программе установлены следующие лимиты страхового обязательства Страховщика:

3.2.1. по «АКШ» (п. 2.1.2 Программы ДМС №1) - Страховщик организует и оплачивает проведение одной операции Аорто-коронарного шунтирования в течение всего срока страхования;

3.2.2. по «Трансплантации» (п. 2.1.4 Программы ДМС №1) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной трансплантации в течение каждого полного года действия страхования и не более пяти трансплантаций в течение всего срока страхования;

3.2.3. по паллиативной медицинской помощи (п.п. 3) 3.1.1. Программы ДМС №1) – 900 000 (Девятьсот тысяч) рублей за весь срок страхования;

3.2.4. по компенсации финансовых средств, потраченных Застрахованным лицом на территории Российской Федерации на оплату медикаментов, выписанных лечащим врачом, осуществляющим лечение заболевания и состояния в соответствии с условиями настоящей Программы – в размере затрат, соответствующем приему указанных медикаментов в течение не более двух месяцев, а в случае лечения «Злокачественного онкологического заболевания» (п. 2.1.1. Программы ДМС №1 - не более 1 800 000 (Одного миллиона восьмисот тысяч) рублей за каждый полисный год.

Компенсация расходов на приобретение Застрахованным лицом медикаментов осуществляется путем выплаты Страховщиком соответствующих денежных сумм на основании заявления Застрахованного лица, а также документов, подтверждающих расходы на их

приобретение: рецептов; товарных и кассовых чеков аптечных учреждений, с указанием наименования и стоимости каждого приобретенного медикамента.

3.2.5. «пребывание в палате стационара (включая питание)» (п.п.3.1.5 (1.8) Программы ДМС №1) – в случае необратимого неврологического повреждения, или нахождения в устойчивом вегетативном состоянии - не более 60 дней непрерывного пребывания Застрахованного лица в стационаре;

3.2.6. по «Трансплантации» (п. 3.1.4 (1.3) Программы ДМС №1) - Страховщик организует и оплачивает проведение гемодиализа в количестве не более 8 процедур в течение срока страхования;

3.2.7. пожизненный лимит, в пределах которого Страховщик организует и оплачивает оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в течение жизни Застрахованного лица - составляет 2 (две) страховые суммы, установленные по данному риску Договором страхования.

3.3. Иные услуги, предоставляемые при заболеваниях и состояниях указанных, Разделе 2 Программы ДМС №1:

<b>Предоставляемые иные услуги</b>
Проезд Застрахованного лица до места лечения и обратно, если проведение лечения планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица. Данная услуга включает в себя: оплату перелета (билет эконом класса), встречу в аэропорту, медицинскую транспортировку (при наличии показаний) или немедицинскую транспортировку (на такси) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.
Сопровождение Застрахованного лица для проведения ему лечения, если по заключению специалиста Застрахованному лицу в связи с состоянием здоровья рекомендовано сопровождение. Данная услуга включает организацию и оплату перелета (билет эконом класса) одного сопровождающего лица до места лечения Застрахованного лица и обратно.
Проживание за пределами стационара в месте лечения, если проведение лечения планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица. Данная услуга включает в себя оплату проживания Застрахованного лица в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.
Сопровождение Застрахованного лица для проведения ему лечения, если по заключению специалиста Застрахованному лицу в связи с состоянием здоровья рекомендовано сопровождение. Данная услуга включает организацию и оплату проживания одного сопровождающего лица в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера, в месте лечения Застрахованного лица.
Оплата визовых сборов (если требуется), если проведение лечения планируется за пределами Российской Федерации.
Посмертная репатриация.
Сопровождение Застрахованного лица в месте лечения представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.
Услуги переводчика (устный, письменный перевод) на период лечения Застрахованного лица в лечебном учреждении за пределами Российской Федерации.

3.4. Определения, используемые в п.3.1, п. 3.3 настоящей Программы:

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

*Под инструментальными исследованиями* в настоящей Программе понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография.

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

*Под медикаментами* в настоящей Программе понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; *под перевязочными средствами* понимается медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

*Медицинские расходные материалы* по настоящей Программе это предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

По условиям настоящей Программы *под врачебной медицинской помощью* понимается комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию Застрахованного лица.

По настоящей Программе *сопровожающее лицо* - это лицо, сопровождающее Застрахованное лицо до места лечения и обратно, и остающееся с ним в течение времени пребывания Застрахованного лица на лечении. Сопровождающим лицом может быть родственник, супруг(-а), близкий друг и т.п.

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

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

Под *медицинской транспортировкой* понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение /аэропорта / иного места размещения в аэропорт / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортном средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и при условии, что такой перевод Застрахованного лица предписан лечащим врачом и необходим по медицинским показаниям и предварительно согласован со Страховщиком.

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

Паллиативная помощь может оказываться Застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях.

Услуга по пребыванию Застрахованного лица в стационаре предоставляется, если заболевание, которым страдает Застрахованное лицо одновременно соответствует следующим критериям:

- носит прогрессирующий характер (т.е. постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии;
- является неизлечимым, обуславливая необходимость стационарного паллиативного лечения, и
- позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превышает нескольких недель или месяцев.

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

#### **Раздел 4. Исключения из страхования.**

4.1. Не признается страховым случаем и следовательно Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой и/или не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;

4.1.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг по поводу заболеваний или состояний, не предусмотренных настоящей Программой;

4.1.3. обращение за оказанием медицинских услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;

4.1.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские и сервисные организации выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с заболеваниями и/или состояниями, диагностированными (установленными) Застрахованному лицу до начала или после окончания срока страхования (в т.ч. досрочного) по данному страховому риску;

4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с болезнями и/или состояниями, вызванными злоупотреблением алкоголем, наркотическими и другими психоактивными веществами;

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

4.1.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, в связи с заболеваниями являющимися сопутствующими основному заболеванию (Раздел 2 настоящей Программы).

4.2. Не признается страховым случаем и следовательно Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием:

4.2.1. медицинских услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных Хельсинкской комиссией и/или другими профильными объединениями/организациями, заменяющими Хельсинкскую комиссию;

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

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

4.2.4. медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.2.5. медицинских услуг, направленных на распознавание (диагностику) состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы;

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

4.2.7. косметического лечения, эстетических и пластических процедур или операций.

4.3. Страховщик не компенсирует (частично или полностью) расходы Застрахованного лица на приобретение льготных медикаментов для отдельных групп населения, имеющих право на льготы.

4.4. Не признается страховым случаем и следовательно Страховщик не организует оказание и не производит оплату следующих медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.4.1. лечение Застрахованного лица, связанного с криоконсервацией;

4.4.2. любая Трансплантация, которая проводится с использованием приобретенных донорских органов;

4.4.3. закупка и оплата стоимости органов для Трансплантации.

## **Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.**

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания / состояния, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо должно проинформировать Страховщика о диагнозе любыми доступными средствами (факс, электронная почта, письмо и т.д.) путем направления Страховщику надлежащим образом подписанного заявления по установленной форме (если предусмотрена).

5.2. При заявлении Страховщику о событии, обладающем признаками страхового случая, Застрахованное лицо предоставляет Страховщику / сервисной компании всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания / состояния, а также все необходимые документы, подтверждающие поставленный диагноз.

5.3. Застрахованное лицо также предоставляет Страховщику / сервисной компании следующие сведения и / или документы:

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;
- при обращении представителя Застрахованного лица - надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (предоставляется по требованию);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам;
- медицинские документы (историю болезни, результаты проведенных исследований и испытаний, и другие документы).

5.4. Страховщик / сервисная компания проводит экспертизу полученных медицинских документов, в том числе принимает решение о необходимости проведения дополнительного медицинского обследования (проведения повторных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов и т.п.), а затем Страховщик принимает решение о признании или непризнании события страховым случаем.

5.4.1. В случае необходимости Страховщик / сервисная компания вправе потребовать, а Застрахованное лицо должно предоставить дополнительные документы, относящиеся к событию, имеющему признаки страхового случая.

5.4.2. В случае необходимости Страховщик / сервисная компания в рамках исполнения обязательств по Договору страхования, вправе запросить любую информацию, касающуюся Застрахованного лица в любом лечебно-профилактическом или особого типа учреждении здравоохранения и/или частного врача, у которых он проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте его обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

5.5. При признании события страховым случаем, а именно: что установленный Застрахованному лицу диагноз или рекомендуемая операция соответствует определениям, предусмотренным настоящей Программой, о том, что соответствующее лечение или операция являются необходимыми с медицинской точки зрения, Страховщик подбирает наиболее подходящее медицинское учреждение для лечения заболевания / состояния, из числа указанных в п. 2.1 настоящей Программы, подтвердившее готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и/или проведения им соответствующей операции, и согласовывает с Застрахованным лицом место, время и программу лечения.

5.6. При согласии Застрахованного лица на предлагаемое лечение Страховщик / сервисная компания организует и оплачивает медицинские и иные расходы, предусмотренные настоящей Программой, в пределах лимитов ответственности Страховщика и установленной Договором страхования страховой суммы.

5.7. Получив заключение Страховщика о признании случая страховым, Застрахованное лицо имеет право в течении трех месяцев с даты направления ему данного заключения подтвердить свое согласие, либо отказаться от предложенного лечения или предложенной ему медицинской организации для лечения заболевания / состояния.

5.8. При отказе Застрахованного лица от предложенного ему лечения, в течение трех месяцев с даты направления ему заключения, Договор страхования не прекращается, но заключение считается утратившим силу, и воспользоваться предложением Страховщика по организации лечения Застрахованное лицо не имеет права.

Новое предложение от Страховщика может быть направлено Застрахованному лицу только после получения от него соответствующего письменного заявления (если предусмотрено), а также после предоставления Застрахованным лицом последних результатов анализов и тестов, заключений врача. При этом Страховщик вправе предложить иной план лечения, в иной медицинской организации.

*Примечания:*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении объема медицинских и иных услуг, указанных в Программе ДМС №1 (в том числе об уменьшении перечня медицинских и иных услуг), об исключении отдельных заболеваний и состояний, указанных в п. 2.1 Программы ДМС №1);*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Программой ДМС №1, а также об установлении иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.3 Правил страхования);*

*В Программе ДМС №1, являющейся приложением к Договору страхования, также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица, порядок обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС №1, и порядок предоставления таких услуг, исключения из страхования, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/05.00, утвержденным приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от 06.04.2018 года № Пр-УПС/04-01-01-01-11/0026-1 и (или) Договором страхования, приложением к которому является такая Программа ДМС №1.*

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

**Раздел 1. Общие положения.**

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

1.2. Страховым случаем в рамках действия настоящей Программы, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

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

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

1.3.3. *История болезни* – медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях Застрахованного лица, о назначенном и проведенном ему лечении.

1.3.4. *Медицинская информация* – информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболевания (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленных Застрахованным лицом по требованию врача-специалиста, в целях подготовки второго экспертного медицинского мнения (в том числе, выписка из истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные

гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечению).

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

## **Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу ДМС №2, и порядок их предоставления**

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

2.1.1. Онкология

2.1.2. Кардиология

2.1.3. Неврология

2.1.4. Нефрология

2.1.5. Ортопедия

2.1.6. Гематология

2.1.7. Офтальмология

2.1.8. Эндокринология

2.1.9. Пульмонология

2.1.10. Врожденные дефекты

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

2.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящей Программы:

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения в порядке, предусмотренном п. 2.3 настоящей Программы, при соблюдении следующих условий:

2.2.1.1. Застрахованное лицо имеет право на получение второго экспертного медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица в областях медицины, предусмотренных в п. 2.1 Программы ДМС №2, в пределах следующего лимита страхового обязательства: 2 раза в течение полисного года.

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

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

2.2.1.3. Второе экспертное медицинское мнение проводится врачами-специалистами, осуществляющими врачебную деятельность на территории России, а также зарубежными специалистами: Германии, Израиля, Испании, Южной Кореи. По согласованию со Страховщиком Второе экспертное медицинское мнение может быть проведено врачом-специалистом иной страны.

2.2.1.4. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение и/или комментарии врача-специалиста о состоянии здоровья Застрахованного лица, о правильности установленного диагноза, указанного в первом медицинском мнении, комментарии и/или рекомендации в отношении выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения, в соответствии с направленным ему запросом на получение второго экспертного медицинского мнения.

2.2.2. Предоставление Застрахованному лицу сопутствующих медицинских услуг:

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

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

2.2.2.3. Лимит страхового обязательства по сопутствующим медицинским услугам, указанным в п.п.2.2.2.1, 2.2.2.2 настоящей Программы, установлен для Застрахованного лица в размере суммы эквивалентной 1 000 (Одной тысяче) долларов США на каждый полисный год.

2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

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

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

- консультирование по выбору профильного медицинского учреждения в России и/или за рубежом;

- консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;

- консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;

- поддержка по организации для Застрахованного лица сопутствующих медицинских услуг, предусмотренных в п.2.2.2 настоящей Программы, (помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и сопровождения, визовая поддержка (без оплаты стоимости лечения, билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению, визового сбора)).

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

2.3.1. Застрахованное лицо в целях получения второго экспертного медицинского мнения, а также услуг, предусмотренных п. 2.2.2.1, 2.2.2.2 и 2.2.3, обращается к Страховщику: \_\_\_\_\_

Страховщик имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь сервисную компанию.

2.3.2. Страховщик и/или сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить для формирования и отправки запроса на получение второго экспертного медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховщика и/или сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на получение второго экспертного медицинского мнения.

2.3.3. После получения от Застрахованного лица всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 2.3.2 Программы ДМС №2, Страховщик и/или сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.2 настоящей Программы.

2.3.4. Страховщик и/или сервисная компания направляет запрос на получение второго экспертного медицинского мнения выбранному Страховщиком и/или сервисной компанией врачу-специалисту.

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

2.3.5.1. 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 2.3.2 настоящей Программы, кроме, случаев, указанных в п. 2.3.5.2 настоящей Программы.

2.3.5.2. 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 2.3.2 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления экспертного медицинского мнения.

*Примечания:*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении объема медицинских, сопутствующих и иных услуг, указанных в Программе ДМС №2 (в том числе об уменьшении перечня медицинских, сопутствующих и иных услуг), об изменении областей медицины, указанных в п. 2.1 Программы ДМС №2;*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Программой ДМС №2, а также об установлении иных лимитов ответственности, в т.ч. по услугам, указанным в п.п. 2.2.2.1, 2.2.2.2 Программы ДМС №2 (согласно п. 1.4.3 Правил страхования);*

*Порядок обращения Застрахованного лица за оказанием услуг, предусмотренных настоящей Программой, устанавливается при заключении Договора страхования и указывается соответственно в п. 2.3.1 Программы ДМС №2;*

*В Программе ДМС №2, являющейся приложением к Договору страхования, также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя,*

*Застрахованного лица, исключения из страхования, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/05.00, утвержденным приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от 06.04.2018 года № Пр-УПС/04-01-01-01-11/0026-1 и (или) Договором страхования, приложением к которому является такая Программа ДМС №2.*

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №3  
«ЧЕК-АП» вариант «Стандартный»**

**Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги, предусмотренные разделом 2 настоящей Программы (далее также – Программа ДМС №3) в рамках лимита ответственности Страховщика, указанного в Договоре страхования.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы добровольного медицинского страхования «ЧЕК-АП» вариант Стандартный» является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой ДМС №3, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в размере, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (при наличии).

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории России, Испании, Германии, Израиля, Южной Кореи, Тайланда, Турции, Чехии (территория оказания услуг).

**Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу ДМС №3**

2.1. В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят услуги, в отношении которых соблюдаются следующие условия:

2.1.1. возможность отказаться от оказания согласованных услуг, указанных в п.2.2 настоящей Программы, не менее чем за 5 рабочих дней до начала оказания услуг неограниченное число раз. В этом случае Страховщик или сервисная компания (если привлекается Страховщиком для организации оказания таких услуг) организует оказание Застрахованному лицу услуг, из числа указанных в п. 2.2 настоящей Программы, в иной, согласованный с Застрахованным лицом срок;

2.1.2. услуги из числа указанных в п. 2.2 настоящей Программы, в отношении которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее 5 рабочих дней до начала оказания услуг, не входят в объем предоставляемых по настоящей Программе и не организуются Страховщиком / сервисной компанией.

При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которое было назначено Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг, из числа предусмотренных в п. 2.2 настоящей Программы, в медицинской организации, привлеченной Страховщиком / сервисной компанией в соответствии с п.2.4 настоящей Программы для оказания таких услуг Застрахованному лицу.

2.2. Услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.2.1.1. Немедицинская перевозка Застрахованного лица от аэропорта до медицинской организации или иного места размещения Застрахованного лица и обратно, если прохождение Чек-ап планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица;

2.2.1.2. Авиаперелет эконом или бизнес-классом, если прохождение Чек-ап планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица;

- 2.2.1.3. Размещение Застрахованного лица в гостинице 4\* (в случае невозможности размещения в палате дневного стационара медицинской организации) на время прохождения Чек-ап;  
 2.2.1.4. Оплата визового сбора (если требуется), если прохождение Чек-ап планируется за пределами Российской Федерации;  
 2.2.1.5. Услуги по письменному переводу всей необходимой документации;  
 2.2.1.6. Предоставление сопровождающего - переводчика на период прохождения Чек-ап;  
 2.2.1.7. Организация и оплата консультаций врачей-специалистов по итогам проведения Чек-ап.  
 2.2.2. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

	Название услуги
<b>Консультация врача</b>	Первичная консультация врача-терапевта
<b>Услуги лаборатории</b>	Взятие крови из вены
<b>Клинический анализ крови</b>	Общий анализ крови Биохимический анализ крови
<b>Клиническое исследование мочи</b>	Общий анализ мочи
<b>Онкомаркёры</b>	Са 125 (Углеводный антиген 125)
	ПСА (Простатический специфический антиген)
<b>Инструментальные исследования</b>	УЗИ органов брюшной полости УЗИ сердца с доплерографией УЗИ сонных артерий УЗИ щитовидной железы Рентген легких ЭКГ в покое и с нагрузкой Исследование функции легких
<b>Биохимический анализ кала</b>	Анализ кала на скрытую кровь
<b>Скрининг рака молочной железы</b>	В соответствии с назначением врача
<b>Скрининг рака предстательной железы</b>	В соответствии с назначением врача

- 2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу заключения по результатам обследования, проведенного согласно п. 2.2.2 настоящей Программы.  
 2.3. Медицинская организация для прохождения Чек-ап определяется Страховщиком по согласованию с Застрахованным лицом.  
 2.4. Чек-ап должен быть организован в срок не позднее 1 (одного) месяца после поступления запроса от Застрахованного лица.  
 2.5. По решению врача-специалиста перечень исследований, указанных в п. 2.2.2 может быть изменен.

### Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу ДМС №3

- 3.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику / сервисной компании следующие сведения и / или документы:  
 3.1.1. договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);

3.1.2. предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

3.1.3. документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;

3.1.4. предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;

3.1.5. предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских и иных услуг по настоящей Программе.

3.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС №3, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов / сведений или запрашивает необходимые документы / сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

#### **Раздел 4. Основания отказа в страховой выплате**

4.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

4.1.1. количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования (настоящей Программой). Страховщик отказывает в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;

4.1.2. обращение за оказанием медицинских и иных услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

4.1.3. за оказанием медицинских и иных услуг обратилось лицо, не являющееся Застрахованным лицом по договору страхования;

4.1.4. обращения за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

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

#### *Примечания:*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении объема медицинских и иных услуг, указанных в п.п.2.2.1-2.2.2 Программы ДМС №3 (в том числе об исключении отдельных подпунктов Программы ДМС №3);*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Договором страхования (в том числе Программой ДМС №3), а также об установлении иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.3 Правил страхования);*

*В Программе ДМС №3, являющейся приложением к Договору страхования, также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица, порядок обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС №3, и порядок предоставления таких услуг, исключения из страхования, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/05.00, утвержденным приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от 06.04.2018 года № Пр-УПС/04-01-01-11/0026-1 и (или) Договором страхования, приложением к которому является такая Программа ДМС №3.*

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №4  
«ЧЕК-АП» вариант «Расширенный»**

**Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги, предусмотренные разделом 2 настоящей Программы (далее также – Программа ДМС №4) в рамках лимита ответственности Страховщика, указанного в Договоре страхования.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы добровольного медицинского страхования «ЧЕК-АП» вариант «Расширенный» является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой ДМС №4, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в размере, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (при наличии).

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории России, Испании, Германии, Израиля, Южной Кореи, Тайланда, Турции, Чехии (территория оказания услуг).

**Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу ДМС №4**

2.1. В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят услуги, в отношении которых соблюдаются следующие условия:

2.1.1. возможность отказаться от оказания согласованных услуг, указанных в п.2.2 настоящей Программы, не менее чем за 5 рабочих дней до начала оказания услуг неограниченное число раз. В этом случае Страховщик или сервисная компания (если привлекается Страховщиком для организации оказания таких услуг) организует оказание Застрахованному лицу услуг, из числа указанных в п. 2.2 настоящей Программы, в иной, согласованный с Застрахованным лицом срок;

2.1.2. услуги из числа указанных в п. 2.2 настоящей Программы, в отношении которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее 5 рабочих дней до начала оказания услуг, не входят в объем предоставляемых по настоящей Программе и не организуются Страховщиком / сервисной компанией.

При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которое было назначено Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг, из числа предусмотренных в п. 2.2 настоящей Программы, в медицинской организации, привлеченной Страховщиком / сервисной компанией в соответствии с п.2.4 настоящей Программы для оказания таких услуг Застрахованному лицу.

2.2. Услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.2.1.1. Немедицинская перевозка Застрахованного лица от аэропорта до медицинской организации или иного места размещения Застрахованного лица и обратно, если прохождение Чек-ап планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица;

2.2.1.2. Авиаперелет эконом или бизнес-классом, если прохождение Чек-ап планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица;

- 2.2.1.3. Размещение Застрахованного лица в гостинице 4\* (в случае невозможности размещения в палате дневного стационара медицинской организации) на время прохождения Чек-ап;
- 2.2.1.4. Оплата визового сбора (если требуется), если прохождение Чек-ап планируется за пределами Российской Федерации;
- 2.2.1.5. Услуги по письменному переводу всей необходимой документации;
- 2.2.1.6. Предоставление сопровождающего - переводчика на период прохождения Чек-ап;
- 2.2.1.7. Организация и оплата консультаций врачей-специалистов по итогам проведения Чек-ап.
- 2.2.2. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

	<b>Название услуги</b>
<b>Консультация врача</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Первичная консультация врача-терапевта</li> <li>Консультации врачей-специалистов по направлению врача-терапевта: кардиолог, невролог, флеболог, ортопед, пульмонолог, окулист, дерматолог, гастроэнтеролог, уролог, гинеколог</li> </ul>
<b>Услуги лаборатории</b>	Взятие крови из вены
<b>Клинический анализ крови</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Общий анализ крови</li> <li>Биохимический анализ крови</li> </ul>
<b>Клиническое исследование мочи</b>	Общий анализ мочи
<b>Онкомаркёры</b>	Са 125 (Углеводный антиген 125)
	ПСА (Простатический специфический антиген)
<b>Инструментальные исследования</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>УЗИ органов брюшной полости</li> <li>УЗИ сердца с доплерографией</li> <li>УЗИ сонных артерий</li> <li>УЗИ щитовидной железы</li> <li>Рентген легких</li> <li>ЭКГ в покое и с нагрузкой</li> <li>Исследование функции легких</li> <li>Колоноскопия</li> <li>Денситометрия</li> </ul>
<b>МРТ</b>	МРТ органов по назначению врача-терапевта и (или) врача-специалиста
<b>Биохимический анализ кала</b>	Анализ кала на скрытую кровь
<b>Гинекологическое обследование (для женщин)</b>	В соответствии с назначением врача
<b>Урологическое обследование (для мужчин)</b>	В соответствии с назначением врача
<b>Скрининг рака молочной железы</b>	В соответствии с назначением врача
<b>Скрининг рака предстательной железы</b>	В соответствии с назначением врача

2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу заключения по результатам обследования, проведенного согласно п. 2.2.2 настоящей Программы.

2.3. Медицинская организация для прохождения Чек-ап определяется Страховщиком по согласованию с Застрахованным лицом.

2.4. Чек-ап должен быть организован в срок не позднее 1 (одного) месяца после поступления запроса от Застрахованного лица.

2.5. При получении запроса от Застрахованного лица на проведение Чек-ап, с учетом его пола, возраста, жалоб, анамнеза (в том числе семейного) Страховщик составляет индивидуальный план Чек-ап.

2.6. По решению врача-специалиста перечень исследований, указанных в п. 2.2.2 может быть изменен.

### **Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу ДМС №4**

3.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику / сервисной компании следующие сведения и / или документы:

3.1.1. договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);

3.1.2. предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

3.1.3. документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;

3.1.4. предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;

3.1.5. предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских и иных услуг по настоящей Программе.

3.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС №4, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов / сведений или запрашивает необходимые документы / сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

### **Раздел 4. Основания отказа в страховой выплате**

4.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

4.1.1. количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования (настоящей Программой). Страховщик отказывает в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;

4.1.2. обращение за оказанием медицинских и иных услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

4.1.3. за оказанием медицинских и иных услуг обратилось лицо, не являющееся Застрахованным лицом по договору страхования;

4.1.4. обращения за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

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

#### **Примечания:**

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении объема медицинских и иных услуг, указанных в п.п.2.2.1-2.2.2 Программы ДМС №4 (в том числе об исключении отдельных подпунктов Программы ДМС №4);*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Договором страхования (в том числе Программой ДМС №4), а также об установлении иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.3 Правил страхования);*

*В Программе ДМС №4, являющейся приложением к Договору страхования, также могут быть указаны права и обязанности Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица, порядок*

*обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС №4, и порядок предоставления таких услуг, исключения из страхования, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами комбинированного страхования № 0053.СЖ/СЛ.01/05.00, утвержденным приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от 06.04.2018 года № Пр-УПС/04-01-01-01-11/0026-1 и (или) Договором страхования, приложением к которому является такая Программа ДМС №4.*

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №5  
«Дистанционные медицинские консультации»**

**Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы (далее также – «Программа ДМС №5»), в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика: не более страховой суммы, установленной по Договору страхования по соответствующему страховому риску, за каждый полисный год совокупно по всем обращениям Застрахованного лица.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы добровольного медицинского страхования «Дистанционные медицинские консультации» является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, в количестве, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (в т.ч. Программой ДМС №5).

**Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу ДМС №5**

2.1. Дистанционные медицинские консультации проводятся врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Дистанционные медицинские консультации включают в себя:

2.2.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн в режиме 24/7/365 (366);

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

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

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

2.2.2.3. онлайн-консультации по выбору лекарственных препаратов в рамках одного действующего вещества, по целесообразности замены выписанных врачом лекарств в случае, если препарат снят с производства, если среди равнозначных лекарств существует значительный разброс в ценах, если данный препарат в данное время отсутствует в продаже;

2.2.3. плановые онлайн-консультации врачом-консультантом по направлению дежурного врача-терапевта по предварительной записи: акушер-гинеколог, аритмолог, врач ЛФК и спортивной медицины, врач функциональной диагностики, гастроэнтеролог,

дерматовенеролог, кардиолог, клинический фармаколог, медицинский психолог, невролог, нефролог, онколог, оториноларинголог, психолог, психотерапевт, пластический хирург, ревматолог, рефлексотерапевт, травматолог-ортопед, уролог, челюстно-лицевой хирург, хирург, эндокринолог;

2.2.4. плановые заочные консультации по медицинским документам врачом-специалистом по предварительной записи - 3 (три) консультации в течение каждого полисного года: гастроэнтеролог (кандидат медицинских наук; доктор медицинских наук, профессор), диетолог (кандидат медицинских наук), кардиолог (кандидат медицинских наук), психотерапевт (кандидат медицинских наук), невролог (кандидат медицинских наук), пульмонолог (кандидат медицинских наук), эндокринолог (кандидат медицинских наук), гепатолог (доктор медицинских наук, профессор), терапевт (кандидат медицинских наук; доктор медицинских наук, профессор);

2.2.5. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам дистанционной медицинской консультации в личный кабинет.

2.3. Во время проведения дистанционной медицинской консультации, врач-консультант 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.

### **Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу ДМС №5**

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

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

3.3. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику / сервисной компании следующие сведения и / или документы:

3.3.1. предоставить следующие сведения и / или документы:

- предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;
- предоставляется по требованию – надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);
- предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;
- предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по Программе №5.

3.3.2. зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе ДМС №5, когда это предусмотрено порядком, указанным выше в п. 3.2.

3.4. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС №5, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов / сведений или запрашивает необходимые документы / сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

#### **Раздел 4. Исключения из страхования**

Не признается страховым случаем (исключения из страхования) и в связи с этим не влечет за собой обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинские услуги по Программе ДМС №5 следующие обращения Застрахованного лица:

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

4.2. Обращение Застрахованного лица за оказанием дистанционных медицинских консультаций иных специалистов, кроме указанных в Программе ДМС №5.

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

4.4. Обращение Застрахованного лица по вопросам:

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

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

4.5. Обращение Застрахованного лица 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. с расстройствами сексуального характера.

4.6. Обращение Застрахованного лица в связи со следующими заболеваниями:

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

4.6.2. туберкулез;

4.6.3. заболевания, передающиеся половым путем;

4.6.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.

#### *Примечания:*

*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении объема медицинских услуг, указанных в п. 2.2 Программы ДМС №5: в том числе о сокращении перечня специалистов, проводящих плановые / плановые заочные онлайн-*

*консультации по предварительной записи (п.п. 2.2.2 - 2.2.4 Программы ДМС №5), времени проведения срочных онлайн-консультаций (п. 2.2.1 Программы ДМС №5) и др.;*  
*При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или неприменении лимитов ответственности, предусмотренных Программой ДМС №5, а также об установлении иных лимитов ответственности (согласно п. 1.4.3 Правил страхования).*