

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 14 марта 2017 года № 03-01-01-01/03

_____ / В.В. Дубровин/

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0042.СЛ.04/05.00

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1 В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0042.СЛ.04/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает договоры страхования (далее по тексту – «Договор страхования» или «Страховой полис») с дееспособными физическими лицами.

1.2 Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Страхового полиса, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила приложены к нему.

1.3 Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.4 В настоящих Правилах страхования и в Страховом полисе используются следующие определения и термины:

Ассистанс-компания (Сервисная компания) – компания, которая по поручению Страховщика осуществляет сервисную поддержку по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

Врач - специалист с окончанным высшим медицинским образованием, специализирующийся на лечении данного вида травм, заболеваний или проведении хирургических операций.

Врач-онколог - врач, специализирующийся на диагностике и лечении онкологических заболеваний.

Второе экспертное медицинское мнение - заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное независимым врачом по итогам рассмотрения и оценки медицинских документов/информации, предоставленной Застрахованным лицом.

Выгодоприобретатель - одно или несколько физических или юридических лиц, которым принадлежит право на получение страховой выплаты.

Дата первичного диагностирования заболевания – дата установления окончательного диагноза врачом-специалистом впервые в жизни.

Злокачественное онкологическое заболевание – заболевание, проявляющееся в развитии одного или нескольких злокачественных новообразований, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих новообразование тканей. В определение онкологического заболевания в том числе включаются: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

Инфаркт миокарда - остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения).

Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим стойким необратимым нарушениям функций организма.

Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты/страховых выплат по страховому(ым) риску (ам), установленный Договором страхования.

Первичное диагностирование заболевания – факт установления при жизни Застрахованному лицу диагноза заболевания врачом-специалистом, в случае онкологического заболевания диагноз должен быть подтвержден данными гистологического исследования.

Предраковые заболевания – новообразования, характеризующиеся скоплением гистологически измененных клеток без прорастания в подлежащую ткань. Характеризуются небольшими размерами, отсутствием клинических проявлений, очень медленным ростом и отсутствием метастазов.

Страховой полис – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования.

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

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

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

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

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

Форс-мажор - обстоятельства непреодолимой силы: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, природные катастрофы и катаклизмы.

1.5. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки, территория действия страхования - весь мир.

1.6. Стороны вправе придать иное значение терминам, содержащимся выше в п. 1.4 настоящих Правил страхования, а также установить дополнительные определения и термины, закрепив это в письменной форме (в т.ч. в условиях Договора страхования и приложениях к нему), если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и остальным положениям Правил страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Страховщик по Договорам страхования – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни», юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.2. Страхователь – дееспособное физическое лицо (в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо (как эти термины определены законодательством Российской Федерации), заключающее Договор страхования. Договор страхования может заключаться как в отношении самого Страхователя - физического лица, так и в отношении иных названных в Договоре страхования физических лиц (далее по тексту – Застрахованное (-ые) лицо (-а)).

2.3. Выгодоприобретателями являются Застрахованные лица, а в случае их смерти – наследники Застрахованных лиц.

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

2.5. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, Застрахованными лицами не являются:

- лица, страдающие психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами и состоящие на учете в наркологических / психоневрологических диспансерах;
- лица, находящиеся под следствием / приговоренные к лишению свободы;
- лица, имеющие злокачественные онкологические заболевания и/или доброкачественные опухоли;

- инвалиды 1,2,3 группы или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу.

2.6. Если иное не указано в Страховом полисе, Застрахованными лицами могут являться физические лица в возрасте не менее 18 (восемнадцати) полных лет на дату начала срока страхования и не более 67 (шестидесяти семи) полных лет на дату окончания срока страхования.

2.7. В отношении лиц, указанным в п. п. 2.5 Правил, Страховщик вправе предложить заключение Договора страхования на особых условиях.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

3.1. Объектами страхования являются:

- имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни (страхование от несчастных случаев и болезней).
- 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 (медицинское страхование).

3.1.1. В Договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию от несчастных случаев и болезней и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

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

3.2.1. **«Диагностирование злокачественного онкологического заболевания».** Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является первичное диагностирование у Застрахованного лица в течение срока страхования по риску злокачественного онкологического заболевания (за исключением событий, указанных в п. 3.4 и в Приложении № 1 к Правилам страхования).

3.2.2. **«Диагностирование инфаркта миокарда, инсульта».** Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Договором страхования, является первичное диагностирование у Застрахованного лица в течение срока страхования по риску инфаркта миокарда или инсульта, за исключением событий, указанных в п. 3.4 и в Приложении № 1 к Правилам страхования.

3.2.3. **Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой «Второе экспертное медицинское мнение» (Приложение № 2 к Правилам страхования) вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг** (также именуется «Риск возникновения расходов на организацию и оказание Застрахованному лицу услуг из числа указанных в Программе «Второе экспертное медицинское мнение»»). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и / или Приложением к настоящим Правилам и / или Договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой «Второе экспертное медицинское мнение» (Приложение № 2 к Правилам страхования), вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации и оказанию таких услуг.

3.3. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в Страховом полисе.

3.4. По рискам, указанным в п. 3.2.1. и 3.2.2. не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия), и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату, события, наступившие:

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

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

3.4.3. в связи с употреблением алкогольных напитков и/или наркотических, токсических веществ, препаратов не назначенных лечащим врачом и/или рекомендованных квалифицированным врачом, а также препаратов, назначенных для лечения наркомании;

3.4.4. в связи с любым заболеванием, состоянием, имевшимся у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования;

3.4.5. диагностирование у Застрахованного лица злокачественного онкологического заболеваний или инфаркта миокарда, или инсульта посмертно, в процессе патолого-анатомического, судебно-медицинского исследования трупа.

3.5. Также не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) случаи, указанные в Приложении № 1 к Правилам страхования.

3.6. По риску, указанному в п.3.2.3 Правил не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) обращения Застрахованного лица:

- если Застрахованному лицу не установлен диагноз;
- если Застрахованное лицо не обращалось к врачу в последние 12 месяцев по данному заболеванию;
- если состояние Застрахованного лица характеризуется как острое или угрожающее жизни, требующее незамедлительного медицинского вмешательства.

3.7. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

3.8. Договором страхования может быть установлен перечень исключений, отличающийся от указанных в данном разделе.

4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.

4.1. Страховая сумма является постоянной, устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в российских рублях. Стороны могут договориться об установлении различных страховых сумм по одному или нескольким страховым рискам. Страховая сумма или порядок ее определения указывается в Страховом полисе.

4.2. 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.

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

4.4. Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, возраст, возможность отнесения лица к категории(ям) из числа указанных в п. 2.5. настоящих Правил страхования и др.), и иных факторов, имеющих

существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.5. Порядок оплаты страховой премии (в рассрочку страховыми взносами или единовременно), размер страховой премии/страхового взноса и сроки для оплаты устанавливаются Договором страхования.

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

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

4.7. В случае если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 30 (тридцать) календарных дней для оплаты такого взноса (далее – Льготный период), если иное не установлено Договором страхования. Льготный период исчисляется с даты, установленной для оплаты очередного взноса, внесение которого просрочено. Если до истечения Льготного периода очередной(ые) страховой(ые) взнос(ы) не будут оплачены в полном объеме, Договор страхования (права и обязанности сторон, установленные Договором страхования), прекращается в 23 часа 59 минут последнего дня действия Льготного периода; при этом обязательства Сторон, возникшие и не исполненные/не прекратившиеся до дня прекращения Договора страхования, продолжают действовать до их исполнения или прекращения по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.8. 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 при неоплате (в т.ч. неполной оплате) очередного страхового взноса до истечения Льготного периода. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

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

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования вступает в силу в день, следующий за 5 (пятым) рабочим днем после заключения договора 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. Срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, даты начала и окончания Срока страхования совпадают с датами начала и окончания действия Договора страхования соответственно. При этом при досрочном прекращении Договора страхования срок страхования прекращается и страхование прекращает действовать одновременно с прекращением Договора страхования.

5.3. В Договоре страхования может быть установлен период ожидания как по Договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам.

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

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

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

6.1.1. путем составления одного документа (Договора страхования), подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя и аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах;

6.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика;

6.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя Страхового полиса, составленного в виде электронного документа согласно ст. 6.1. Закона Российской Федерации от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

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

6.2.1. Письменное Заявление (если договор страхования заключается на основании письменного заявления).

6.2.2. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя (Застрахованное лицо), а также его представителя (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.), документы, удостоверяющие личность).

6.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей).

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

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

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

- 6.2.7. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).
- 6.3. Форма представления указанных выше документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, является исчерпывающим. 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.
- 6.4. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или информации, предоставленной Страхователем (в том числе для заключения Договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.
- 6.5. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.
- 6.6. Страховщик может отдельно оговаривать в Страховом полисе положения, по которым должно быть достигнуто соглашение Сторон, и которые в этой связи будут считаться существенными условиями Договора страхования. При несоблюдении данных положений Договор будет считаться незаключенным и страховые выплаты по нему не будут производиться.
- 6.7. Подписание дополнительных соглашений и/или изменений к Договору страхования, соглашений о расторжении Договора страхования, а также иных документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования, Страховщиком с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием соглашений/изменений/иных документов со стороны Страховщика.
- 6.8. Договор страхования исполняется Сторонами в соответствии с его условиями (в т.ч. в соответствии с документами, являющимися его неотъемлемыми частями) и действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.9. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:
- 6.9.1. о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе);
- 6.9.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно настоящим Правилам страхования (при наличии);
- 6.9.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.
- 6.10. 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».

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

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

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВЗАИМОРАСЧЕТЫ СТОРОН, НЕ СВЯЗАННЫЕ С НАСТУПЛЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

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

7.1.1. если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

7.1.2. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования до вступления Договора страхования в силу. При этом Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся;

7.1.3. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования после вступления Договора страхования в силу. При этом Договор прекращается на 31 (тридцать первый) день после получения Страховщиком документов согласно п. 7.3. настоящих Правил страхования;

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

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

7.2. При отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу (подп. 7.1.2.), страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения Страховщиком документов согласно п. 7.3. настоящих Правил страхования.

В случаях, указанных в подп. 7.1.3, 7.1.4. настоящих Правил страхования страховая премия (ее часть) по заключенному Договору страхования не подлежит возврату, если соглашением Сторон не предусмотрено иное.

7.3. При взаимных расчетах Сторон в случае досрочного прекращения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

7.3.1. заявление об отказе от Договора страхования (о расторжении) и/или возврате страховой премии (в случаях, предусмотренных подп. 7.1.2., 7.1.3. настоящих Правил);

7.3.2. документ, удостоверяющий личность Страхователя (или его представителя);

7.3.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей);

7.3.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.1. настоящих Правил, взаиморасчеты Сторон производятся при представлении Страховщику оригиналов или надлежащим образом заверенных копий документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.4. Страховщик производит возврат поступивших излишне (ошибочно) денежных средств (например, в случаях, когда Договор страхования считается незаключенным вследствие несогласованности Сторонами существенных условий) лицу, совершившему платеж, на основании его письменного заявления, содержащего всю необходимую и достаточную информацию. Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления в адрес Страховщика всех необходимых документов (сведений).

8. СРОКИ И ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И СРОКИ ИХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ.

8.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате и признании Страховщиком события страховым случаем, Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования. Страховая выплата производится на основании письменного заявления Выгодоприобретателя с приложением документов, предусмотренных настоящими Правилами страхования, и страхового акта.

8.2. Страховая выплата производится единовременно в размере, установленном настоящими Правилами страхования, с учетом предусмотренных лимитов ответственности и иных положений Договора страхования.

8.3. Размер страховой выплаты по страховому риску **«Диагностирование злокачественного онкологического заболевания»** составляет 100% (сто) от страховой суммы, установленной Договором страхования по данному риску.

8.4. Размер страховой выплаты по страховому риску **«Диагностирование инфаркта миокарда, инсульта»** составляет 100% (сто) от страховой суммы, установленной Договором страхования по данному риску.

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

8.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Выгодоприобретатель, или его законный представитель, если Выгодоприобретатель является несовершеннолетним) должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого события.

8.7. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

- Страховой полис;
- заявление о страховой выплате по установленной Страховщиком форме, подписанное Выгодоприобретателем (представителем). В случае нескольких Выгодоприобретателей заявление должно быть предоставлено от каждого из Выгодоприобретателей;
- документ, удостоверяющий личность заявителя;
- надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);
- если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследника) и (или) подтверждающие изменение персональных данных (например, свидетельство о заключении брака), а также идентифицирующие личность (например, паспорт) документы, требования о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т.ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);
- выписка из амбулаторной карты не менее чем за последние 5 (пять) лет с указанием диагнозов, точных дат их установления, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций;
- Дополнительно к указанному в подп. 8.7 настоящих Правил по страховым рискам **«Диагностирование злокачественного онкологического заболевания»**, **«Диагностирование инфаркта миокарда, инсульта»** предоставляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним):
- медицинский документ, выданный лечебно-профилактическим или особого типа учреждением здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения

хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.8. Для получения услуги «**Второе экспертное медицинское мнение**» дополнительно предоставляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т. ч. Приложением №2 к ним):

- медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций.
- первичное заключение врача-специалиста о наличии заболевания, и любых медицинских документов/информации, затребованных медицинским персоналом Ассистанс-компании или поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по их собственному усмотрению (например, результаты рентгеноскопии, биопсии, анализов крови и мочи, анализов функций печени, ЭКГ, радиологических или ультразвуковых обследований, катетеризации и т. п.).

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

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

8.11. Перечень документов и сведений, необходимых для представления Страховщику при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, является исчерпывающим.

При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне, Страховщик вправе в течение 30 (тридцати) календарных 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. Если документы/сведения подлежат запросу не у заявителя, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил страхования информирует заявителя об отсрочке принятия решения в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента направления запроса.

8.12. Решение о признании или непризнании страховым случаем события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик принимает, руководствуясь положениями Договора страхования и действующим законодательством

Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

8.13. Решение о страховой выплате принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента представления Страховщику последнего из всех необходимых документов путем утверждения им страхового акта. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня утверждения Страховщиком страхового акта.

8.14. Страховая выплата производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию со Страхователем (Выгодоприобретателем).

8.15. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний, то страховая выплата переводится на его банковский счет с уведомлением его законных представителей или на банковский счет одного из его законных представителей.

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

- умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лиц;
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

8.17. Страховщик отказывается в страховой выплате по следующим основаниям:

- произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия);
- договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий);
- событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока действия договора страхования;
- событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования;
- по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации;
- за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение.

8.18. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней с момента получения последнего из всех необходимых документов направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

8.19. По **Риску возникновения расходов на организацию и оказание Застрахованному лицу услуг из числа указанных в Программе «Второе экспертное медицинское мнение»** Страховщик производит страховую выплату путем оплаты счетов Ассистанс-компании, осуществляющей сервисную поддержку программы страхования в соответствии с Приложением №2 к настоящим Правилам страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

- при наступлении страхового случая и принятии решения о страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами страхования;
- в случае принятия решения об отказе в страховой выплате уведомить об этом Выгодоприобретателя в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами страхования;

- без письменного согласия Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;
- при получении информации об изменении сведений, сообщенных при заключении Договора страхования, обновить сведения в день их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

9.2. Страховщик имеет право:

- проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
- запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.12. настоящих Правил страхования;
- осуществлять иные права для исполнения Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

- уплатить страховую премию в размере, порядке и в сроки, определенные настоящими Правилами страхования и Страховым полисом;
- при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении этого события;
- незамедлительно сообщать в письменном виде Страховщику обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования;
- ознакомить Застрахованное лицо с условиями настоящих Правил страхования и Страхового полиса.

9.4. Страхователь имеет право:

- ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их;
- обратиться с требованием за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);
- отказаться от Договора страхования;
- проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

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

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Все споры, возникающие между Сторонами в процессе исполнения Договора страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Споры между юридическими лицами разрешаются в Арбитражном суде г. Москвы.

11. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

11.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности

сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).

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

11.2. Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

- для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования;
- для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей;
- для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика;
- для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

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

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

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

11.6. 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.

11.7. 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.

ВАЖНО: настоящее Приложение подлежит применению только, если в Договоре страхования указаны страховые риски «**Диагностирование злокачественного онкологического заболевания**», «**Диагностирование инфаркта миокарда, инсульта**».

Определения заболеваний

Статья	Наименование заболевания	Определение заболевания
1	Злокачественное онкологическое заболевание	<p>Заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей.</p> <p>Злокачественное онкологическое заболевание должно быть впервые диагностировано в течение срока действия договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования. В определение «злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <p>Из определения злокачественного онкологического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <p>а) Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень T3N(0)M(0) по международной классификации TNM;</p> <p>б) Рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1б) по классификации TNM; в) 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;</p> <p>г) Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;</p>

		<p>д) Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации RA1);</p> <p>е) Папиллярный рак щитовидной железы;</p> <p>ж) Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный, как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;</p> <p>з) Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).</p>
2	<p align="center">ИНФАРКТ МИОКАРДА</p>	<p>Остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения). Инфаркт должен быть впервые диагностирован в течение срока действия договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии всех нижеследующих симптомов (признаков):</p> <p>а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;</p> <p>б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;</p> <p>в) диагностически значимое увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК), тропонинов или других биохимических маркеров;</p> <p>г) подтвержденное снижение функции левого желудочка, например – снижение фракции выброса левого желудочка или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии движения стенки, обусловленные инфарктом миокарда.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <p>Из определения Особо опасного заболевания в целях настоящего страхования исключается:</p> <p>а) Инфаркт миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или Т в крови без изменения сегмента ST;</p> <p>б) Стабильная/нестабильная стенокардия.</p>

3	ИНСУЛЬТ	<p>Острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к новым стойким необратимым нарушениям функций организма.</p> <p>Оценка нарушения функций может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока действия договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).</p> <p><u>Исключения:</u></p> <p>Из определения Инсульт в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Транзиторная ишемическая атака; б) Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы; в) Травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга; г) Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.
---	----------------	--

ПРОГРАММА «ВТОРОЕ ЭКСПЕРТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МНЕНИЕ»

По Договору страхования (далее - Договор), при наступлении страхового случая, Страховщик принимает на себя риск возникновения расходов на организацию и оказание услуг по получению Второго экспертного медицинского мнения (альтернативное медицинское заключение) в связи с наличием у Застрахованного лица расстройства здоровья (диагностированного заболевания), из числа указанных в п. 3.2.1, 3.2.2 Программы «Второе экспертное медицинское мнение» (далее – Программа, Программа страхования).

В целях реализации настоящей Программы Страховщик заключает договор с Сервисной службой (далее – Ассистанс-компания), которая организует предоставление квалифицированного медицинского заключения специалистов/медицинских учреждений.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Экспертное медицинское мнение – представляет собой заключение медицинского специалиста/медицинского учреждения в отношении диагностированного ранее у Застрахованного лица заболевания, предусмотренного в п. 3.2.1, 3.2.2 настоящей Программы.

1.2. Экспертное медицинское мнение (далее – Второе мнение или Экспертное заключение) – это повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинских документов/информации, предоставленной Застрахованным лицом.

1.3. Второе мнение, базируется на основании анализа медицинской информации, предоставленной Застрахованным лицом, включающей первичное заключение врача-специалиста о наличии заболевания, предусмотренного в п. 3.2.1., 3.2.2. настоящей Программой (далее – Первое мнение), и любых медицинских документов/информации, затребованных медицинским персоналом Ассистанс-компания или поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по их собственному усмотрению (например, результаты рентгеноскопии, биопсии, анализов крови и мочи, анализов функций печени, ЭКГ, радиологических или ультразвуковых обследований, катетеризации и т. п.).

1.4. В случае отсутствия Первого мнения услуга «Второе экспертное медицинское мнение» не оказывается.

1.5. Предоставление необходимых документов/необходимой информацией является обязанностью Застрахованного лица, которых несет риск неполучения/получение неполного/получение некорректного второго мнения в случае непредставления/неполного представления либо предоставления в искаженном виде затребованных медицинских документов/информации.

1.6. Второе мнение должно быть подписано врачом/медицинским учреждением, получившим от компетентных официальных органов страны, в которой они осуществляют медицинскую практику, разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести дополнительное заключение (далее – Эксперт).

1.7. Содержание Второго мнения определяется согласованным Экспертом самостоятельно. При этом в таком заключении обязательно должно быть выражено мнение относительно правильности диагноза, поставленного в первом мнении, или мотивированное мнение относительно его спорности, а также дополнительные рекомендации по лечению и/или профилактике (при необходимости) либо указание корректность рекомендаций, полученных Застрахованным лицом ранее.

1.8. Территория страхования: весь мир.

2. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВТОРОГО МНЕНИЯ

2.1. Условия получения Второго мнения

2.1.1. Получение Второго мнения допускается в случае первичного диагностирования заболевания из перечня, предусмотренного в п. 3.2.1, 3.2.2 настоящей Программы, в течение срока действия договора страхования в отношении Застрахованного лица, обратившегося за его получением.

2.1.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного лица по одному из следующих рисков:

«Диагностирование злокачественного онкологического заболевания»

«Диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»

2.1.3. Второе мнение выносится без обязательного физического обследования Застрахованного врачом-специалистом.

2.1.4. Конкретный эксперт - поставщик услуги «Экспертное медицинское мнение» согласовывается между Застрахованным лицом, обратившимся за получением Второго мнения, и Ассистанс-компанией, которая обязуется рассмотреть запрос и медицинские документы Застрахованного лица и рекомендовать услуги соответствующего врача-специалиста. При необходимости Ассистанс-компания упорядочивает и осуществляет перевод предоставленных документов/информации и готовит запрос на получение Второго мнения.

2.1.5. Застрахованными лицами в рамках настоящей Программы признаются клиенты ООО «СК «Сбербанк страхование жизни», заключившие договор страхования, содержащий риск «Второе экспертное медицинское мнение».

2.1.6. Застрахованное лицо имеет право на получение Второго мнения не более двух раз в течение срока действия договора страхования, установленного в отношении данного Застрахованного лица.

2.1.7. После получения двух заключений в течение срока действия договора страхования обязательства Страховщика в отношении соответствующего Застрахованного лица считаются исполненными в полном объеме. Указанные лица не вправе обращаться за дополнительным мнением в рамках действия данного договора страхования.

2.2. Порядок получения услуги

2.2.1. Застрахованное лицо, заинтересованное в получении услуги «Второе экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику по телефону, указанному в договоре страхования (Полисе), который дает необходимую первичную консультацию по вопросу получения второго мнения и организует его

общение с Ассистанс-компанией, которая, в свою очередь, направляет запрос и медицинские документы Застрахованного лица согласованному Эксперту.

2.2.2. Ассистанс-компания сообщает Застрахованному лицу, какую именно медицинскую информацию или (документы) он должен представить для отправки запроса на получение Второго мнения.

2.2.3. При необходимости после получения обращения Застрахованного лица за получением Второго мнения медицинский персонал Ассистанс-компания напрямую контактирует с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации с целью формирования необходимого запроса, на основании которого должно быть подготовлено Второе мнение.

2.2.4. После получения Ассистанс-компанией всех необходимых документов/необходимой информации, в том числе всех медицинских документов, которые по мнению медицинского персонала Ассистанс-компания требуются в рассматриваемом случае, запрос на получение второго мнения незамедлительно направляется согласованному Эксперту.

2.2.5. Ассистанс-компания делает все от нее зависящее чтобы обеспечить передачу Экспертного заключения Застрахованному лицу в течение 14 (четырнадцать) рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация.

2.2.5. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного заключения Застрахованному лицу может занять до 30 (тридцать) рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация.

2.2.6. Консультация по лечению за пределами Российской Федерации

По желанию Застрахованного лица Ассистанс-компания предоставляет клиенту три предложения ведущих медицинских центров за пределами России, которые специализируются на заболевании, диагностированном у Застрахованного лица.

Если клиент выбирает вариант лечения за рубежом, Ассистанс-компания консультирует Застрахованное лицо о порядке получения медицинской помощи в данных медицинских центрах.

2.2.7. Консультация по лечению на территории Российской Федерации.

В случае, если Застрахованное лицо желает продолжить лечение на территории Российской Федерации, Ассистанс-компания консультирует его о процедуре постановки на учет по заболеванию, порядке получения квоты на лечение, а также консультирует по вопросам выбора лечебного учреждения (регионального или федерального) в зависимости от диагностированного заболевания.

2.3. Гарантии и ответственность

2.3.1. Обязательства Страховщика и Ассистанс-компания и/или любого лица, действующего от их имени и/или по их поручению перед Застрахованным лицом, заканчиваются с направлением Застрахованному лицу не более двух соответствующих Экспертных заключений в течение срока действия договора страхования.

2.3.2. Второе мнение составляется на основании медицинских документов и информации, предоставленных Застрахованным лицом, который несет ответственность за их корректность и актуальность.

2.3.3. Застрахованному лицу рекомендуется проконсультироваться с личным врачом-специалистом по поводу подготовки необходимых документов/информации - таким образом, чтобы она содержала все медицинские факты и все сведения, способные повлиять на экспертное заключение.

2.3.4. Страховщик обязуется контролировать деятельность Ассистанс-компании в течение всего срока действия Соглашения, приложением к которому является данная Программа страхования.

Второе экспертное медицинское мнение (second medical opinion) является консультацией и не заменяет необходимость посещения Застрахованным лицом врача-специалиста и выполнения, в случае назначения, необходимых/предписанных медицинских манипуляций. Риск невыполнения соответствующих назначений/рекомендаций, как до получения экспертного мнения, так и после его получения несет Застрахованное лицо.

3. Исключения

3.1. Второе экспертное медицинское мнение не предоставляется в случаях:

3.1.1. Застрахованному лицу не установлен диагноз.

3.1.2. Застрахованное лицо не обращалось за медицинской помощью по данному заболеванию в течение 12 месяцев, предшествующим обращению за получением Второго экспертного медицинского мнения.

3.1.3. У Застрахованного лица острое состояние или состояние, требующее неотложной медицинской помощи.

Примечание:

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, указанных в Программе страхования (в том числе об уменьшении перечня медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий, об исключении отдельных заболеваний (состояний), при которых такие медицинские и иные услуги оплачиваются или оказываются и оплачиваются Страховщиком), об установлении лимитов ответственности на отдельные виды медицинских и иных услуг.

В Программе страхования, также могут быть указаны территория страхования, конкретный порядок оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, права и обязанности Страховщика и Страхователя, исключения из страхования, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами страхования № 0042.СЛ.04/05.00, утвержденными Приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от 14.03.2017 года № 03-01-01-01/03 и (или) Договором страхования.