

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Заместителя Генерального директора –
Административного директора
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 12.04.2019 № Пр/77-1

*(подписаны УКЭП посредством использования
информационных ресурсов через «Личный кабинет
участника информационного обмена»)*

/В. В. Дубровин/

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает со Страхователями следующие договоры страхования (далее и выше по тексту – «Договор (-ы)» или «Договор (-ы) страхования»): договоры страхования жизни, договоры добровольного медицинского страхования, договоры комбинированного страхования жизни и добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры комбинированного страхования»).

1.2 Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила приложены к нему (при этом если с одним и тем же Страхователем заключаются несколько Договоров страхования на основании настоящих Правил страхования, вручается один экземпляр Правил страхования, и Правила страхования считаются приложенными к каждому из таких Договоров страхования). Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования (в страховом полисе).

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации). При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде. Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному Договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования.

1.4. В настоящих Правилах используются следующие определения и термины:

1.4.1. **Врач (также может именоваться Врач-специалист)** - специалист, имеющий высшее медицинское образование и получивший специальную подготовку по какой-либо области медицины, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

1.4.2. **Выкупная сумма** – сумма, определенная Договором страхования, выплачиваемая при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования.

1.4.3. **Годовщина действия Договора страхования** (также может именоваться «полисная годовщина») – число и месяц даты вступления Договора страхования в силу, за исключением случаев, когда эта дата приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия Договора считается 28 февраля, в високосные годы – 29 февраля.

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

1.4.5. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, 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 к Договору страхования.

1.4.6. Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая Приложения к Правилам страхования) и (или) Договором страхования (включая Приложения к Договору страхования) по страховому (-ым) риску (-ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены, в том числе (но не ограничиваясь) в денежном выражении, в процентах от страховой суммы, в определенным образом рассчитанном размере страховой суммы/части страховой суммы, а также в натуральном выражении (в том числе по количественным показателям медицинских услуг, количеству обращений и т.п.).

1.4.7. 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.

1.4.8. Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии (или иного документа, на основании которого разрешено осуществление медицинской деятельности, выданного в соответствии с законодательством страны, в которой оно располагается (если применимо)) , а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.4.9. Несчастный случай – фактически произошедшее в период действия Договора страхования внезапное непредвиденное внешнее событие, не зависящее от воли Застрахованного лица и не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящих Правил страхования и Договора страхования.

1.4.10. Особо опасное заболевание – впервые диагностированное в течение срока страхования заболевание или проведение хирургического вмешательства, предусмотренное Правилами страхования (включая Приложения) и (или) Договором страхования (приложением к нему).

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

1.4.12. Программа добровольного медицинского страхования (также может именоваться Программа ДМС) – документ, являющийся приложением к Правилам страхования и неотъемлемой частью Договора страхования, предусматривающего соответствующий страховой риск, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, предусматривающему соответствующий страховой риск, а также порядок их оказания.

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

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

1.4.15. 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 и Договором страхования.

1.4.16. Страховая выплата - по страховым рискам, предусмотренным подп. 3.1.1 – 3.1.10 Правил страхования, - сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного страховым случаем. При

наступлении страхового случая по страховым рискам, предусмотренным п. 3.1.11 – 3.1.16 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программами (-ой) ДМС.

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

1.4.18. **Травма** – причинение вреда здоровью (нарушение физической целостности организма, повреждение органов и тканей) Застрахованного лица, наступившее вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

1.4.19. **Транспорт общего пользования** – любое средство передвижения (устройство), осуществляющее регулярную перевозку пассажиров согласно установленным маршрутам движения и (или) перевозку грузов / багажа / грузобагажа и относящееся к:

1.4.19.1. транспортным средствам автомобильного транспорта (в т.ч. автобусы, троллейбусы, маршрутные транспортные средства), за исключением такси;

1.4.19.2. внеуличному транспорту (в т.ч. метро, трамваи, монорельсовый транспорт);

1.4.19.3. транспортным средствам городского транспорта (в т.ч. наземного электрического транспорта);

1.4.19.4. воздушным судам (в т.ч. самолеты);

1.4.19.5. водным судам;

1.4.19.6. железнодорожным транспортным средствам (локомотивы, вагоны и др.).

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

1.6. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки. Территория действия страхования по договору страхования жизни (договору комбинированного страхования – в части страхования жизни) – весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования. Договором добровольного медицинского страхования (договором комбинированного страхования в части медицинского страхования) / Программой ДМС может быть предусмотрена территория страхования, на которой Застрахованным лицом могут быть получены медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующей Программой ДМС. В качестве территории страхования может быть предусмотрена территория Российской Федерации (или ее часть) и (или) территория иных(-ого) государств(-а) (или их (его) части) и (или) иная территория, определенная в Договоре страхования / Программе ДМС как территория страхования.

1.7. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке.

По соглашению Сторон в Договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) соглашением Сторон.

Денежные обязательства Сторон могут быть установлены в следующей иностранной валюте (в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в следующей иностранной валюте): доллары США или по соглашению Сторон иная иностранная валюта.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.1.1 – 3.1.10 Правил страхования: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица, а также с его смертью (подп. 1 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – «страхование жизни»);

2.1.2. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.1.11 – 3.1.16 Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи

(медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (подп. 5 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – «медицинское страхование»).

2.2. 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 на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.3. Страхователь - дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо, заключающее Договор страхования.

2.4. Выгодоприобретатель – одно или несколько лиц, назначенных с письменного согласия Застрахованного лица, в пользу которого (-ых) заключен Договор страхования, и которое (-ые) обладает (-ют) правом на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая, и которое (-ые) назначено (-ы) с согласия Застрахованного лица.

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

По медицинскому страхованию: Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица.

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

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

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

3.1.1. **Дожитие Застрахованного лица до установленной даты** (также может именоваться «**дожитие**»). Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до установленной Договором страхования даты.

3.1.2. **Смерть Застрахованного лица по любой причине** (также может именоваться «**смерть**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по причине, не связанной с исключениями из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.3. **Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться «**смерть от несчастного случая**» или «**смерть НС**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, когда она наступила в течение 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты

несчастного случая и в течение срока страхования (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.4. Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования (также может именоваться **«смерть на общественном транспорте»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом во время поездки в качестве пассажира на транспорте общего пользования (как это определено Правилами страхования) с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.5. Диагностирование особо опасных заболеваний. Страховым случаем является первичное диагностирование у Застрахованного лица особо опасного заболевания, указанного в Приложении № 1 к Правилам страхования, при условии, что Застрахованное лицо не умерло в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты первичного диагностирования особо опасного заболевания и с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.6. Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни (также может именоваться **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»**). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 группы по любой причине, инвалидности 2 или 3 группы в результате несчастного случая (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.7. Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая (также может именоваться **«инвалидность в результате НС»**). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая и с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.8. Травмы Застрахованного лица в результате несчастного случая (также может именоваться **«травмы»**). Страховым случаем является получение Застрахованным лицом травмы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования и не связанное с исключениями из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.9. Хирургическое вмешательство в результате несчастного случая (также может именоваться **«хирургические вмешательства от НС»**). Страховым случаем признается осуществление медицинской процедуры, предусмотренной Таблицей размеров выплаты страхового обеспечения в случае хирургического вмешательства (Приложение № 3 к Правилам), вызванная последствиями несчастного случая (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.10. Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая (также может именоваться **«госпитализация от НС»**). Страховым случаем является Госпитализация Застрахованного лица как это определено Правилами страхования, начавшаяся в течение срока страхования (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.11. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» стандартная, являющейся Приложением № 4 к Правилам страхования (далее также может именоваться **«Программа ДМС № 1»**), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Онкострахование» стандартная, являющейся Приложением № 4 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены

Программой ДМС № 1, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.8 настоящих Правил).

3.1.12. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» расширенная, являющейся Приложением № 5 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 2»), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России и за рубежом*»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Онкострахование» расширенная, являющейся Приложением № 5 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 2, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.8 настоящих Правил).

3.1.13. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» для людей старшего поколения (65+), являющейся Приложением № 6 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 3»), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России для людей старшего поколения (65+)»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Онкострахование» для людей старшего поколения (65+), являющейся Приложением № 6 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 3, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.8 настоящих Правил).

3.1.14. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», являющейся Приложением № 7 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 4»), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», являющейся Приложением № 7 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 4, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.8 настоящих Правил).

3.1.15. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в рамках Программы

* За рубежом - только в тех странах, которые указаны в Программе добровольного медицинского страхования «Онкострахование» расширенная (Приложение № 5 к Правилам страхования).

добровольного медицинского страхования «Чек-ап» стандартная, являющейся Приложением № 8 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 5»), повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Чек-ап в стандартном объеме»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их и предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап» стандартная, являющейся Приложением № 8 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 5, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.8 настоящих Правил).

3.1.16. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Чек-ап» расширенная, являющейся Приложением № 9 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 6»), повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Чек-ап в расширенном объеме»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их и предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап» расширенная, являющейся Приложением № 9 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 6, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.8 настоящих Правил).

3.4. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Договором страхования.

3.5. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховым рискам, указанным в подп. 3.1.2 – 3.1.10 Правил страхования, события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.5.1. в результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний / несчастного случая при заключении Договора страхования;

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

3.6. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.5 настоящих Правил, по любому страховому риску из числа указанных в подп. 3.1.3 – 3.1.10 Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

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

3.6.2. управлении Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

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

3.6.4. непосредственном участии Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

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

3.6.6. занятии Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятии следующими видами спорта / увлечениями (вне зависимости от уровня): автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, прыжки с канатом), альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, катание на моторном катере, гребля на байдарках, каноэ, каяке;

3.6.7. в результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;

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

3.7. Дополнительно к событиям, перечисленным в пунктах 3.5 и 3.6 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.7.1. По страховому риску **«диагностирование особо опасных заболеваний»** (кроме Особо опасных заболеваний «ВИЧ-инфицирование вследствие переливания крови» и «ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной (медицинской) деятельности» (как они определены в Приложении № 1 к Правилам), а также по страховому риску **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»** применительно к установлению инвалидности 1 группы: событие вследствие заболевания, произошедшего при наличии у Застрахованного лица на момент его наступления ВИЧ-инфекции и (или) СПИДа. Данное условие не применяется в следующих случаях:

3.7.1.1. когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных / внутримышечных инъекций препаратов, предписанных врачом, или при трансплантации органов, произведенных по медицинским показаниям в период срока страхования по данному риску, и при этом учреждение, в котором было произведено лечение, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного лица;

3.7.1.2. когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица, и при этом учреждение, в котором Застрахованное лицо выполняло профессиональные (медицинские) обязанности, ставшие причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного лица, а также у Застрахованного лица имеется отрицательный результат теста на ВИЧ, произведенный в течение 7 (семи) дней после случая, ставшего причиной инфицирования;

3.7.1.3. когда Страховщик был уведомлен о наличии ВИЧ-инфекции и (или) СПИДа при заключении Договора страхования.

3.7.2. По страховому риску **«смерть на общественном транспорте»**: смерть, наступившая в результате несчастного случая, произошедшего во время поездки Застрахованного лица в качестве пассажира легкового такси.

3.7.3. По страховому риску **«диагностирование особо опасных заболеваний»**:

3.7.3.1. в результате беременности, родов, лечения любых осложнений при беременности и родах, а также лечения бесплодия, включая искусственное оплодотворение. Данное исключение не применяется в отношении беременности и родов, когда Особо опасное заболевание продлилось более 90 (девяноста) дней с момента прекращения беременности;

3.7.3.2. в результате искусственного прерывания беременности;

3.7.3.3. событие, повлекшее смерть Застрахованного лица в течение 30 (тридцати) дней с даты впервые в жизни установленного диагноза;

3.7.3.4. Особо опасные заболевания «Полная потеря зрения», «Паралич», «Обширные ожоги», «Тяжелая черепно-мозговая травма» (как они определены в Приложении № 1), когда событие наступило вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом в состоянии

алкогольного опьянения 1 промилле и более, наркотического и (или) токсического опьянения;

3.7.3.5. Особо опасное заболевание «Потеря конечностей» (как оно определено в Приложении № 1 к Правилам), когда событие наступило вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения 1 промилле и более, наркотического и (или) токсического опьянения, или в иных случаях в результате употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.

3.7.4. По страховому риску «**инвалидность 1, 2 или 3 группы**»: установление Застрахованному лицу инвалидности в результате заболевания до истечения 180 (ста восьмидесяти) календарных дней со дня начала срока страхования по данному страховому риску.

3.8. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховым рискам, указанным в подп. 3.1.11 – 3.1.16 Правил страхования, события, указанные в качестве исключений из страхового покрытия в Приложениях №№ 4 – 9 к Правилам страхования.

3.9. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п. 3.5 – 3.8 настоящих Правил (в т.ч. от указанного в Приложениях №№ 4 – 9 к Правилам страхования), и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными положениями.

3.10. События, указанные в п.п. 3.5 – 3.8 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

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

4.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования.

Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску и (или) в виде единой суммы по определённым страховым рискам.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.

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

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

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Для расчета страховых тарифов Страховщик применяет методы актуарной математики.

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от условий страхования и факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, состояние здоровья, сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий), и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

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

4.5. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и (или) сроков оплаты страховой премии, при ненадлежащей оплате (не вовремя или не в полном объеме) Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его

письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

4.5.1. возврат денежных средств производится в рублях;

4.5.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования может заключаться одним из следующих способов:

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

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

5.1.3. Путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии.

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

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

5.2. Для заключения Договора страхования Страховщику должны быть представлены следующие документы и сведения:

5.2.1. Письменное Заявление по установленной Страховщиком форме (с приложениями и дополнениями к нему, если предусмотрены, и если Договор страхования заключается на основании письменного заявления).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- возраст, пол, вес, рост, 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 / отклонениях в развитии (для детей) / 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 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, 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), справка о доходах физического лица по форме 2-НДФЛ, налоговая декларация по налогу на доходы физических лиц по форме 3-НДФЛ);
- 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;
- сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль).

5.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра / обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика.

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

5.5. 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.

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

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

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

- 5.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования;
- 5.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (страховом полисе / свидетельстве / сертификате / квитанции), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно подп. 5.1.3 настоящих Правил страхования (при наличии);
- 5.7.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

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

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

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

5.8. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренных настоящими Правилами страхования (для случаев, когда предусмотрены), законодательством Российской Федерации.

В частности, Стороны вправе договориться об изменении следующих условий страхования:

- 5.8.1. размер страховой премии;
- 5.8.2. размер страховой суммы;
- 5.8.3. срок страхования;
- 5.8.4. изменение условий страхования в связи с увеличением страхового риска (п. 5.10 Правил страхования).

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, Страхователь вправе обратиться по вопросам внесения изменений в Договор страхования в срок не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты предполагаемого внесения изменений.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, размеры страховых сумм, страховой премии, срок страхования могут изменяться в годовщину действия Договора страхования.

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

5.10. В период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и (или) документов согласно п. 5.2, 5.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 5.4 Правил.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

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.).

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

5.11. В случае утери Договора страхования (страхового полиса / свидетельства / сертификата / квитанции) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр документа считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

5.12. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т.ч. обращений, касающихся заключения и (или) изменения и (или) досрочного прекращения Договора страхования и (или) страховой выплаты) и связанных с ними документов / сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и отправки указанной в

настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и (или) Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства / с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия Договора страхования и (или) порядок его определения указываются в Договоре страхования.

6.2. Срок страхования указывается в Договоре страхования. При этом, соглашением Сторон могут предусматриваться разные сроки начала и (или) окончания страхования для каждого или отдельных страховых рисков.

Срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

6.3. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

7.1.1. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.6 Правил страхования.

7.1.2. В случае расторжения Договора страхования согласно п. 5.10 настоящих Правил страхования.

7.1.3. При одностороннем отказе Страховщика от Договора страхования в соответствии с подп. 11.2.3 настоящих Правил страхования. При этом Договор страхования прекращается на 30 (тридцатый) календарный день после направления Страховщиком письменного заявления Страхователю об отказе от Договора страхования (последний день действия Договора страхования).

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.

7.1.6. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

При этом, если оплата производилась в рублях:

7.2.1. возврат денежных средств производится в рублях;

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

7.3. Если Договором страхования или законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное, при досрочном прекращении Договора страхования после его вступления в силу возврат уплаченной страховой премии (ее части) не производится.

7.4. При досрочном прекращении Договора страхования, предусматривающего страховой риск «**дожитие**», в соответствии с подп. 7.1.1 – 7.1.3 настоящих Правил страхования, а также в иных случаях (если предусмотрены Договором страхования или законодательством Российской Федерации), Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица – его

наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения Договора страхования.

7.5. Размер выкупной суммы определяется в соответствии с Договором страхования (приложением к нему) для периода действия Договора страхования, соответствующего дате досрочного прекращения. Выкупная сумма, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату досрочного прекращения Договора страхования.

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

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

7.6.2. 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 выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

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

7.6.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.4 и 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.7. При досрочном прекращении Договора страхования после его вступления в силу выкупная сумма / часть страховой премии (если полагается) выплачивается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента досрочного прекращения Договора страхования или получения Страховщиком всех необходимых документов согласно п. 7.6 настоящих Правил, в зависимости от того, какое событие наступит позднее.

7.8. При обращении к Страховщику Выгодоприобретателя (-ей) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (а в случае смерти Страхователя – физического лица – его наследники) и Страховщик, в соответствии со ст. 430 Гражданского кодекса Российской Федерации, не могут с момента такого (-их) обращения (-ий) расторгать или изменять Договор страхования без согласия обратившегося (-ихся) Выгодоприобретателя (-ей).

7.9. Прекращение срока действия Договора страхования не прекращает обязательства Сторон, которые возникли в связи со страховым случаем, произошедшим в период действия Договора страхования.

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

7.10. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены положения, касающиеся прекращения Договора страхования, дополнительные или отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

8. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ (ДОГОВОРА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ)

8.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

8.1.1. в отношении всех страховых рисков, кроме страхового риска **«дожитие»**, – в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

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

8.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.2.1. при заключении Договора страхования способами, указанными в подп. 5.1.1 и 5.1.3 Правил страхования: документ, подтверждающий заключение Договора страхования (Договор страхования (страховой полис / свидетельство / сертификат / квитанция)), и дополнительно при заключении Договора страхования способом, указанным в подп. 5.1.3, – платежные документы, подтверждающие оплату страховой премии;

8.2.2. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) от каждого заявителя отдельно;

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

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

8.2.5. 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);

8.2.6. дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие»** предоставляется свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершения таких действий органом / должностным лицом), или, по согласованию со Страховщиком, надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного лица или выписка из него. При этом дата заверения копии / выписки должна быть не ранее дня наступления страхового случая.

8.2.7. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховым рискам **«смерть», «смерть от несчастного случая», «смерть на общественном транспорте»** представляются (с учетом того, что применимо):

8.2.7.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица;

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

8.2.7.3. если событие произошло в результате болезни, Страховщику должны быть представлены документы из медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо, раскрывающие обстоятельства события (в т.ч. диагноз (-ы) и точные даты его (их) установления, результаты дополнительных методов исследования, назначенное и проводимое лечение (включая сроки) заболевания либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события, даты госпитализации и их причины). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и (или) истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.2.7.4. если событие произошло в результате иных причин, Страховщику 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 и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.2.8. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховым рискам **«инвалидность в результате НС», «инвалидность 1, 2 или 3 группы»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

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

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

8.2.8.3. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в связи с этим документами являются направление на медико-социальную экспертизу и (или) обратный талон и (или) протокол медико-социальной экспертизы;

8.2.8.4. документы, указанные в подп. 8.2.7.3 и 8.2.7.4 настоящих Правил.

8.2.9. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«диагностирование особо опасного заболевания»** предоставляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним):

8.2.9.1. 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.

8.2.10. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«хирургические вмешательства от НС»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.10.1. 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;

8.2.10.2. документы, указанные в подп. 8.2.7.4 настоящих Правил.

8.2.11. Дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 настоящих Правил по страховому риску **«госпитализация от НС»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.11.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты несчастного случая, приведшего к госпитализации, длительности стационарного лечения и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах госпитализации. 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;

8.2.11.2. документы, указанные в подп. 8.10.7.4 настоящих Правил.

8.2.12. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил, по страховому риску **«травмы»** предоставляются (с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним)):

8.2.12.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и (или) частными врачами, с указанием диагноза, даты телесного повреждения, описанием проведенного лечения и продолжительностью лечения и позволяющие сделать заключение о причинах травмы. Наиболее распространенными в этой связи документами являются: выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.2.12.2. результаты лабораторных и инструментальных исследований, протоколы выполненных операций и манипуляций (например, рентгеновские снимки и их описание) (в случае необходимости);

8.2.12.3. документы, указанные в подп. 8.2.7.4 настоящих Правил.

8.3. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, предусмотренные выше в п. 8.2 и в Приложениях к Правилам, 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, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

8.4. Предусмотренный выше в п. 8.2 и в Приложениях к Правилам перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный выше в п. 8.2 и в Приложениях к Правилам перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

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

8.6. Страховые выплаты производятся в случае принятия Страховщиком соответствующего решения единовременно в следующем размере:

Подпункт Правил	Страховой риск	Размер страховой выплаты
8.6.1.	«дожитие»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.2.	«смерть»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска. При этом, по страховому риску «смерть» Договором страхования устанавливается один из следующих порядков выплаты:

		8.6.2.1. «Мгновенный порядок выплаты» (как он определен ниже в настоящем пункте). 8.6.2.2. «Выплата к сроку» (как он определен ниже в настоящем пункте). Под «мгновенным порядком выплаты» понимается порядок, при котором страховая выплата может быть произведена до окончания срока страхования в соответствии со сроками, установленными в подп. 8.11.2.1 Правил страхования. Под «выплатой к сроку» понимается порядок, при котором выплата может быть произведена только после окончания срока страхования в соответствии со сроками, установленными в подп. 8.11.2.2 Правил страхования.
8.6.3.	«смерть от несчастного случая»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.4.	«смерть на общественном транспорте»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.5.	«диагностирование особо опасного заболевания»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.6.	«травмы»	в проценте от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, в соответствии с Приложением № 2 к Правилам страхования.
8.6.7.	«инвалидность 1, 2 или 3 группы»	в размере, зависящем от установленной группы инвалидности: - в случае установления инвалидности 1 группы: в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 2 группы: в размере 75% (семидесяти пяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 3 группы: в размере 50% (пятидесяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае если в результате одного и того же страхового события производится повышение группы инвалидности, каждая страховая выплата в связи с установлением более высокой группы инвалидности производится за вычетом ранее произведенных выплат.
8.6.8.	«инвалидность в результате НС»	в размере, зависящем от установленной группы инвалидности: - в случае установления инвалидности 1 группы: в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 2 группы: в размере 75% (семидесяти пяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 3 группы: в размере 50% (пятидесяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае если в результате одного и того же страхового события производится повышение группы инвалидности, каждая страховая выплата в связи с установлением более высокой группы инвалидности производится за вычетом ранее произведенных выплат.

8.6.9.	«госпитализация от НС»	0,2% (ноль целых две десятых процента) страховой суммы, установленной по данному страховому риску, за каждый календарный день нахождения Застрахованного лица в стационаре, начиная со дня, следующего за днем поступления в стационар, но не более чем за 90 (девяносто) дней в связи с одним несчастным случаем.
8.6.10.	«хирургические вмешательства от НС»	в проценте от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, в соответствии с Приложением № 3 к Правилам страхования.

8.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, в случае, если событие можно классифицировать как страховой случай одновременно по страховым рискам **«смерть»**, **«смерть от несчастного случая»**, **«смерть на общественном транспорте»**, страховые выплаты суммируются и осуществляются по каждому риску, предусмотренному Договором страхования.

8.8. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, в случае если событие можно одновременно классифицировать как страховой случай по страховому риску **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»** и по страховому риску **«инвалидность в результате НС»** (когда оба страховых риска предусмотрены Договором страхования) выплаты суммируются и осуществляются по обоим рискам.

8.9. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, Договором страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), указанные ниже в настоящем пункте и в Приложении (-ях) к настоящим Правилам страхования. При этом, по согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования могут быть предусмотрены иные (в том числе дополнительные или отличные от указанных) лимиты страхового обязательства.

8.9.1. Страховые выплаты в течение каждого календарного года с начала срока страхования по страховым рискам **«травмы»**, **«хирургические вмешательства от НС»**, **«госпитализация от НС»** не могут превышать размера страховой суммы, установленного Договором страхования по соответствующему страховому риску. Превышающая (-ие) лимит сумма (-ы) (часть суммы) не подлежит (-ат) выплате.

8.9.2. Размер страховых выплат по страховым рискам **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»**, **«инвалидность в результате НС»**, **«диагностирование особо опасного заболевания»** за весь срок страхования по всем страховым случаям, относящимся к соответствующему страховому риску, не может превышать размера страховой суммы, установленной для такого риска. В случае если Страховщиком за период действия Договора страхования по какому-либо страховому риску были произведены страховые выплаты в размере страховой суммы, обязательства Страховщика по данному страховому риску считаются полностью исполненными, и срок страхования по данному риску, прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств.

8.10. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования. Страховые выплаты осуществляются в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах (включая Приложения) и (или) в Договоре страхования.

8.11. Страховщик принимает решение о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в следующие сроки:

8.11.1. По страховым рискам **«дожитие»**, **«смерть от несчастного случая»**, **«смерть на общественном транспорте»**, **«диагностирование особо опасного заболевания»**, **«травмы»**, **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»**, **«инвалидность в результате НС»**, **«госпитализация от НС»**, **«хирургические вмешательства от НС»** - в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

8.11.2. По страховому риску **«смерть»**:

8.11.2.1. Если Договором страхования установлен «мгновенный порядок выплаты» – в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в т. ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

8.11.2.2. Если Договором страхования установлена «выплата к сроку» – в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в т. ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) документов, но не ранее чем через 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента окончания срока страхования.

8.12. При наличии оснований для отказа в страховой выплате Страховщик принимает соответствующее решение в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

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

8.14. Страховая выплата, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату принятия Страховщиком решения о выплате.

9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДОГОВОРА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)

9.1. В целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программами (-ой) ДМС, Застрахованному лицу необходимо обратиться за получением услуг в порядке, предусмотренном Договором страхования и (или) Программами(-ой) ДМС), к Страховщику, в медицинскую организацию или в сервисную компанию (в случае ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования) (в зависимости от того, что предусмотрено Договором страхования и (или) Программами (-ой) ДМС), и предоставить сведения и (или) документы, предусмотренные Программами (-ой) ДМС. При этом, действуют положения п.п. 8.3 – 8.5 настоящих Правил.

9.2. По страховым рискам, предусмотренным подп. 3.1.11 – 3.1.16 Правил страхования, страховые выплаты определяются и осуществляются в следующем порядке:

9.1.1. Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программ (-ы) ДМС, предусмотренных (-ой) Договором страхования).

9.1.2. Организация оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и (или) медицинских организаций. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программ (-ы) ДМС, непосредственно сервисным компаниям / медицинским организациям, организовывающим/оказывающим такие услуги.

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

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

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

- 9.1.5. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а также их оплату:
- 9.1.5.1. до окончания срока действия Договора страхования (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в подп. 9.1.5.2 настоящих Правил страхования;
- 9.1.5.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими услугами и иными услугами в медицинские организации или сервисные компании из числа предусмотренных Договором страхования и (или) согласованных со Страховщиком, произошло в течение срока действия Договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате определенных медицинских услуг и иных услуг в соответствии с условиями настоящих Правил, но на дату окончания срока действия Договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай по любому страховому риску (кроме страхового риска **«дожития»**) наступил вследствие:
- 10.1.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее двух полных лет;
- 10.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 10.1.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 10.1.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 10.2. Страховщик 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 страхового покрытия (раздел 3 Правил страхования, Программы ДМС, Договор страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования / Приложениях к Правилам страхования / Программе ДМС).
- 10.2.2. Сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом, возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 10.2.3. Количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг (сумма расходов на их организацию) превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования и (или) Программой (-ами) ДМС. Страховщик отказывается в страховой выплате в части, превышающий лимит ответственности.
- 10.2.4. Событие 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).
- 10.2.5. 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.
- 10.2.6. На основании п. 7.9 настоящих Правил страхования.
- 10.2.7. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 11.1. Страховщик обязан:
- 11.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования;

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

11.1.3. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные Правилами страхования;

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

11.2. Страховщик имеет право:

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

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

11.2.3. отказаться в любой момент в одностороннем порядке в полном объеме от исполнения Договора страхования, заключенного с юридическим лицом / физическим лицом, действующим в качестве индивидуального предпринимателя, в случае нарушения Страхователем положения (-ий) настоящих Правил страхования и (или) Договора страхования (в т. ч. неисполнение обязанности, предусмотренной подп. 11.3.4 настоящих Правил страхования);

11.2.4. отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 8.5 настоящих Правил страхования;

11.2.5. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

11.2.6. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;

11.2.7. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

11.3. Страхователь обязан:

11.3.1. уплачивать страховую премию в порядке, размере и 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 том числе медицинского характера);

11.3.3. незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования (кроме изменений, предусмотренных п. 5.10 Правил 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 изменение страхового риска, в соответствии с п. 5.10 настоящих Правил страхования в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом Стороны могут согласовать иные сроки уведомления.

11.3.5. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;

11.3.6. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами страхования и (или) Программой (-ами) ДМС сроки;

11.3.7. ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по Договору страхования (в т.ч. предусмотренными Программой (-ами) ДМС).

11.4. Страхователь имеет право:

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

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

11.4.3. получить дубликат Договора страхования (страхового полиса / свидетельства / сертификата / квитанции) в случае утраты;

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

11.4.5. досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика;

11.4.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

11.5. Помимо указанного в настоящем разделе Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования (включая Приложения), и (или) Договором страхования, и (или) действующим законодательством Российской Федерации.

11.6. 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. Споры между юридическими лицами разрешаются в Арбитражном суде г. Москвы.

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), являющихся физическими лицами (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.

**Приложение № 1 к Правилам комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00,
утвержденным Приказом Заместителя Генерального директора –
Административного директора ООО СК «Сбербанк страхование жизни»
от 12.04.2019 № Пр/77-1**

Список Особо опасных заболеваний

По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен сокращенный перечень Особо опасных заболеваний, могут быть изменены / исключены отдельные положения данного Приложения. В таком случае Приложение применяется в измененном в виде.

Статья	Наименование Особо опасных заболеваний	Определение Особо опасных заболеваний
1	ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	Заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица. В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга и саркома. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> <i>1. Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN(0)M(0) по международной классификации TNM;</i> <i>2. Злокачественная опухоль предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;</i> <i>3. Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания;</i> <i>4. Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;</i> <i>5. Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия A (по классификации Binet) или стадия I (по классификации RA1);</i> <i>6. Папиллярный рак щитовидной железы;</i> <i>7. Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный, как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;</i> <i>8. Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).</i>

2	ИНФАРКТ МИОКАРДА	Остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения). Инфаркт должен быть диагностирован в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии при обязательном наличии нижеследующих симптомов (признаков): 1. присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда; 2. вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> <i>а) Инфаркт миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или Т в крови без характерных изменений ЭКГ (изменение сегмента ST, появление патологических зубцов Q);</i> <i>б) Стабильная/нестабильная стенокардия.</i>
3	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 неврологическим нарушениям. Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть диагностирован в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ). <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> <i>а) Транзиторная ишемическая атака;</i> <i>б) Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;</i> <i>в) Травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга;</i> <i>г) Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.</i>
4	ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧ- НОСТЬ	Терминальная стадия почечной недостаточности, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, в результате которого был начат регулярный гемодиализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или осуществлена трансплантация донорской почки. Необходимость начала регулярного гемодиализа или трансплантации донорской почки должна быть подтверждена врачом-специалистом при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания. Необходимость начала регулярного гемодиализа или трансплантации донорской почки должна быть определена в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица.

		<i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> <i>а) Почечная недостаточность в стадии компенсации;</i> <i>б) Почечная недостаточность в отсутствие необходимости в постоянном гемодиализе или трансплантации почки.</i> <i>Решение о страховой выплате не может быть принято до проведения диализа или до трансплантации почки.</i>
5	АОРТОКОРОНАР- НОЕ ШУНТИРОВАНИЕ	Перенесение по рекомендации кардиохирурга операции аортокоронарного шунтирования (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 проведение операции должны быть подтверждены врачом-специалистом и методом коронарной ангиографии. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются все нехирургические методы воздействия (вмешательства), в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, стентирование, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.</i>
6	ТРАНСПЛАНТА- ЦИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ	Перенесение в качестве реципиента трансплантации сердца, легкого, печени, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), костного мозга, почки. Перенесение трансплантации должно быть обусловлено финальной стадией недостаточности указанных в определении органов, генетическими и метаболическими заболеваниями. Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены врачом-специалистом. Случаи одновременной пересадки нескольких из указанных в определении органов считаются в целях настоящего страхования одной трансплантацией. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> <i>а) Трансплантация костного мозга, осуществленная после проведения Застрахованному, полного курса лучевой терапии;</i> <i>б) Пересадка других органов, а также частей органов или тканей;</i> <i>в) Проведение трансплантации в целях, когда Застрахованный выступает донором.</i>
7	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ АОРТЫ	Оперативное лечение, проводимое открытым доступом – торакотомией или лапаротомией с целью лечения хронического заболевания аорты (восстановления участка сужения, расслоения, обструкции или/и аневризмы грудного и/или брюшного отделов аорты, за исключением ветвей) посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом. Операция должна быть обусловлена медицинскими показаниями специалиста-кардиолога и должна являться наиболее

		соответствующим данному случаю лечением. Проведение операции должно быть подтверждено врачом-специалистом <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> а) <i>Лечение, выполненное из «мини-доступов»;</i> б) <i>Все малоинвазивные процедуры, такие как катетеризация, лазер, ангиопластика и другие эндоваскулярные технологии исследования и лечения.</i>
8	ПЕРЕСАДКА КЛАПАНОВ СЕРДЦА	Хирургическая операция на открытом сердце посредством открытого доступа – торакотомии с целью протезирования (полной замены искусственным аналогом) одного или более пораженных клапанов сердца вследствие развития стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний. Покрытие включает операции на аортальном, митральном, пульмональном (клапан легочной артерии) или трехстворчатом клапанах вследствие недостаточности или стеноза клапанов, или в результате комбинации этих факторов. Диагноз должен быть установлен врачом-специалистом (кардиологом), при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания. Проведение операции должно быть подтверждено врачом-специалистом. Операция должна быть проведена в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> а) <i>Вальвулотомия;</i> б) <i>Вальвулопластика;</i> в) <i>Другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.</i>
9	ПАРАЛИЧ	Полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей (под конечностью понимают всю руку или всю ногу) по причине паралича, вследствие травмы или заболевания спинного или головного мозга. Длительность течения этого состояния должно наблюдаться специалистом на протяжении, по меньшей мере, трех месяцев и быть подтверждено соответствующей медицинской документацией. Диагноз должен быть установлен в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица врачом-специалистом на основании результатов проведенного обследования, подтверждающих данное заболевание. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключается паралич при синдроме Гийена-Барре.</i>
10	ПОЛНАЯ ПОТЕРЯ ЗРЕНИЯ	Полная слепота на оба глаза, снижение остроты зрения на оба глаза до 0 или концентрическое сужение поля зрения обоих глаз до 10 градусов вследствие заболевания или травмы. Данное состояние должно быть необратимым и не может быть скорректировано какими-либо медицинскими манипуляциями.

		Диагноз должен быть установлен в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица врачом-специалистом при наличии результатов проведенного обследования, подтверждающих данное заболевание. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> <i>а) Заболевание (состояние), когда в соответствии с медицинским заключением какое-либо устройство или имплантат могут привести к частичному или полному восстановлению зрения.</i>
11	РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ	Множественные неврологические нарушения, проявляющиеся на протяжении более, чем 6 месяцев, происходящие в результате процесса демиелинизации головного и спинного мозга. Диагноз должен быть окончательным и установлен врачом-неврологом. Заболевание должно характеризоваться двумя и более документально подтвержденными эпизодами обострений. Диагноз должен быть установлен в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица и подтвержден наличием типичных клинических симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, а также характерных изменений в цереброспинальной жидкости и результатов магнито-резонансной томографии, специфических для данного заболевания. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются любые изолированные неврологические нарушения без установления диагноза «Рассеянный склероз».</i>
12	АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ	Диагностированное в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица врачом-специалистом (гематологом) хроническое системное заболевание, характеризующееся стойким нарушением функции костного мозга в виде полной аплазии, что выражается анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией, требующей одного или нескольких из следующих видов лечения: • Заместительной трансфузионной терапии компонентов крови; • Применение препаратов, стимулирующих работу костного мозга; • Иммуносупрессивной терапии; • Трансплантации костного мозга. Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований, включающих биопсию костного мозга.
13	ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	ВИЧ–инфицирование вследствие профессиональной (медицинской) деятельности – заболевание, возникающее вследствие заражения Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ-инфекция), где заражение происходит вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица (например, врачебных, стоматологических, медсестринских и/или фельдшерских медицинских манипуляций), и при этом: • Сероконверсия ВИЧ-инфекции должна происходить в рамках 6-и месяцев от момента заражения; • Учреждение, в котором Застрахованное лицо выполняло профессиональные (медицинские) обязанности, ставшие причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано

		компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного. Необходимо уведомить страховую компанию о любом случае (прецеденте), который может привести к инфицированию в течение 7 суток и приложить отрицательный результат теста на ВИЧ, произведенный после этого случая.
14	ВИЧ – ИНФИЦИРОВАНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ	Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ-инфекция) или диагноз Синдром Приобретенного Иммунодефицита (СПИД), полученные вследствие переливания крови, при условии наличия всех перечисленных ниже обстоятельств: • Заражение является прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям в период после начала исчисления срока страхования; • Учреждение, в котором была произведена заготовка крови, ставшей причиной инфицирования, а также учреждение, в котором была проведена гемотрансфузия должны быть официально зарегистрированы государственным органом здравоохранения; • Учреждение, в котором было произведено переливание крови, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного; • Застрахованный не является больным гемофилией; • Сероконверсия ВИЧ-инфекции должна происходить в рамках 6 месяцев от момента заражения. <i>Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, в рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> <i>а) все остальные случаи инфицирования ВИЧ, включая беспорядочные половые контакты;</i> <i>б) инфицирование вследствие введения лекарственных и наркотических препаратов без назначения врача;</i> <i>в) инфицирование больных гемофилией.</i>
15	ПОТЕРЯ КОНЕЧНОСТЕЙ	Полная необратимая потеря обеих верхних конечностей или обеих нижних конечностей или одной верхней конечности и одной нижней конечности вследствие заболевания или травмы. Диагноз должен быть установлен врачом – специалистом в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица. Под потерей конечности понимается ампутация верхней конечности на уровне пястно-фаланговых суставов (не менее четырех пальцев на одной руке) и выше; нижней конечности - на уровне голеностопного сустава и выше.
16	БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА	Хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. В целях настоящего страхования означает установление специалистом (неврологом) в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица диагноза идиопатической или первичной болезни Паркинсона. Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

		• Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться); • Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены); • Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; • Есть/пить (но не готовить пищу). Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, и наблюдаться на протяжении не менее чем 3-х месяцев. <i>В рамках действия Правил комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 из определения «Особо опасного заболевания» исключаются:</i> 1. Любые другие (кроме идиопатической или первичной) формы болезни Паркинсона (включая болезнь, развившуюся на фоне приема наркотиков или токсического поражения); 2. Все формы болезни Паркинсона, поддающиеся медикаментозной коррекции и лечению.
17	МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ	Группа наследственно обусловленных нервно-мышечных заболеваний, характеризующихся прогрессирующей мышечной слабостью, атрофией мышц, двигательными нарушениями. Диагноз мышечной дистрофии должен быть установлен врачом-неврологом в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица и подтвержден: • результатами биопсии мышцы со значением КФК; • характерными для данного заболевания изменениями на электромиограмме; • значительным повышением показателя креатинфосфокиназы (КФК) плазмы крови; • характерными изменениями при МРТ исследовании мышц. Изменения состояния здоровья должны быть подтверждены врачом-неврологом и соответствующими медицинскими документами, и наблюдаться на протяжении не менее чем 3-х месяцев.
18	ЗАБОЛЕВАНИЯ МОТОНЕЙРОНОВ	Заболевание, которое вызвано гибелью двигательных нейронов спинного и головного мозга, контролирующих двигательную активность. Точный диагноз заболевания двигательных нейронов (например, боковой амиотрофический склероз, первичный латеральный склероз, прогрессирующий бульбарный паралич, псевдобульбарный паралич) подтвержденный специалистом в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица, а также результатами электромиографии и электронейрографии, характерными для данного заболевания. Заболевание должно проявляться в состоянии полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий: • Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться); • Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);

		• Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; • Есть/пить (но не готовить пищу). Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами и наблюдаться на протяжении не менее, чем 3х месяцев.
19	ОБШИРНЫЕ ОЖОГИ	Ожоговое поражение - это открытое повреждение или деструкция кожи, ее придатков, слизистых оболочек термическими, химическими, электрическими факторами или их комбинацией. Обширными определяются ожоги, начиная с IIIБ степени и площадью более 20% поверхности тела или/и поражением поверхности обеих верхних конечностей, требующих хирургического лечения или восстановления кожного покрова путем кожной пластики или/и поражением всей поверхности лица, требующего хирургического лечения или восстановления кожного покрова путем кожной пластики. Диагноз должен быть установлен в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица и подтвержден врачом-специалистом, а также результатами измерения площади ожога определенным «Правилom девяток» (или с помощью аналогичного инструмента).
20	ТЯЖЕЛАЯ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВАЯ ТРАВМА	Тяжелая травма головы, сопровождающаяся нарушением сознания, соответствующим 3-7 баллам по шкале комы Глазго. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (например, КТ или МРТ головного мозга). Заболевание должно проявляться в состоянии полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий: • Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться). • Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены). • Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции. • Есть/пить (но не готовить пищу). Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами и наблюдаться на протяжении не менее чем 3-х месяцев.

**Приложение № 2 к Правилам комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00,
утвержденным Приказом Заместителя Генерального директора –
Административного директора ООО СК «Сбербанк страхование жизни»
от 12.04.2019 № Пр/77-1**

Таблица размеров страховой выплаты по страховому риску «Травма в результате несчастного случая»

В настоящем Приложении приводятся размеры страховой выплаты по страховому риску **«травмы»**. При этом:

1. Размер страховых выплат, причитающихся в связи с травмой органа, не должен превышать размера страховой выплаты, причитающейся при потере этого органа (лимит страхового обязательства).
2. В случае если в результате одного несчастного случая возникнут повреждения, указанные в одной статье нижеследующей Таблицы, страховая выплата определяется по одному из подпунктов статьи, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. Если в результате одного несчастного случая возникнут повреждения, указанные в разных статьях нижеследующей Таблицы, страховая выплата определяется с учетом подпунктов, учитывающих наиболее тяжелое повреждение, каждой статьи путем суммирования, если иное не предусмотрено в тексте нижеследующей Таблицы.
3. Размер страховой выплаты по страховому риску **«травмы»** в связи с получением Застрахованным лицом травмы, не предусмотренной в нижеследующей Таблице, в том числе при патологических переломах, составляет 0,1 % (ноль целых одну десятую процента) от страховой суммы по указанному риску, но не менее 1000 (Одна тысяча) рублей. Страховая выплата по данному пункту производится не чаще 1 (одного) раза за каждый полный год с даты вступления Договора страхования в силу (лимит страхового обязательства).
4. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении размера выплат по одной или нескольким статьям, приведенным в Таблице ниже, или исключении отдельных положений настоящего Приложения.

Статья	Характер повреждения	Размер выплат (% от страховой суммы по риску «травмы»)
Кости черепа, нервная система		
1.	Перелом костей черепа (за исключением перелома орбиты, костей носа, скуловой кости, верхней и нижней челюсти):	
	а) наружной пластинки костей свода	5
	б) свода	15
	в) основания	20
	г) свода и основания	25
2.	Внутричерепные травматические гематомы:	
	а) эпидуральная	10
	б) субдуральная, внутримозговая	15
	в) эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3.	Повреждения головного мозга:	
	а) ушиб головного мозга при сроке стационарного лечения до 10 календарных дней	3
	б) ушиб головного мозга при сроке стационарного лечения от 11 до 14 календарных дней	5
	в) ушиб головного мозга при сроке стационарного лечения более 14 календарных дней	10
	г) субарахноидальное кровоизлияние	10
	д) неудаленные инородные тела в полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	е) разможнение вещества головного мозга	50

4.	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	
	а) верхний или нижний монопарез (неполный паралич, ослабление произвольных движений мышц одной верхней или одной нижней конечности; страховая выплата в связи с монопарезом производится при ослаблении произвольных движений в мышцах всей конечности целиком)	10
	б) геми- или парапарез (неполный паралич, ослабление произвольных движений мышц обеих верхних или обеих нижних конечностей, обеих правых или обеих левых конечностей; страховая выплата в связи с геми- или парапарезом производится при ослаблении произвольных движений в мышцах обеих конечностей целиком)	25
	в) тетрапарез (парез обеих верхних и обеих нижних конечностей)	35
	г) моноплегию (паралич, отсутствие произвольных движений мышц одной конечности целиком)	35
	д) геми-, параплегию (паралич, отсутствие произвольных движений мышц в обеих правых или обеих левых, обеих верхних или обеих нижних конечностях целиком), нарушение функции тазовых органов	70
	е) тетраплегию (паралич, отсутствие произвольных движений мышц в обеих правых или обеих левых, обеих верхних или обеих нижних конечностях целиком), декортикацию	100
5.	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов	10
6.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста:	
	а) частичный разрыв	50
	б) полный перерыв спинного мозга	100
6.1.	Примечания к статьям 1–6:	
	а) при повреждениях, указанных в статьях 1, 2, 3, 4, 5, страховая выплата производится по статье, учитывающей наибольший размер выплаты	
	б) при повреждениях, указанных в подпунктах «а», «б», «в», «г» статьи 3, установленные диагнозы должны быть подтверждены результатами инструментальных и/или лабораторных исследований (компьютерная томография головного мозга, исследование ликвора и т. п.)	
	в) страховая выплата в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в статье 4, производится в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтверждены медицинскими документами	
	г) если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе костей основания черепа, страховая выплата производится по статье 1, при этом статья 5 не применяется	
7.	Повреждение, ранение, перерыв шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений	
	а) частичный разрыв сплетения	40
	б) перерыв сплетения	70
8.	Перерыв нервов:	
	а) одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового	10
	б) двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового	20
	в) одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного	25
	г) двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного	40

8.1.	Примечания к статьям 7–8:				
	а) невралгии, невропатии (плексопатии), возникшие в связи с травмой, не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею				
	б) повреждения нервов на уровне стопы, пальцев стопы и/или пальцев кисти не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею				
Органы зрения					
9.	Паралич аккомодации одного глаза				15
10.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения одного глаза)				15
11.	Сужение поля зрения одного глаза:				
	а) неконцентрическое				5
	б) концентрическое				10
12.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза				15
13.	Проникающее ранение одного глаза, не повлекшее за собой снижение остроты зрения, ожоги II, III степени, гемофтальм				5
14.	Повреждение глаза, повлекшее за собой снижение остроты зрения				
Острота зрения		Страховая выплата в % от страховой суммы	Острота зрения		Страховая выплата в % от страховой суммы
до травмы	после травмы		до травмы	после травмы	
1,0	0,9	3	0,6	0,5	5
	0,8	5		0,4	5
	0,7	5		0,3	10
	0,6	10		0,2	10
	0,5	10		0,1	15
	0,4	10		ниже 0,1	20
	0,3	15		0,0	25
	0,2	20		0,5	0,4
	0,1	30	0,3		5
	ниже 0,1	40	0,2		10
	0,0	50	0,1		10
	0,9	0,8	3	0,4	ниже 0,1
0,7		5	0,0		20
0,6		5	0,3		5
0,5		10	0,2		5
0,4		10	0,3	0,1	10
0,3		15		ниже 0,1	15
0,2		20		0,0	20
0,1		30		0,2	5
ниже 0,1		40		0,1	5
0,0		50		ниже 0,1	10
0,8	0,7	3	0,2	0,0	20
	0,6	5		0,1	5
	0,5	10		ниже 0,1	10
	0,4	10		0,0	20
	0,3	15	0,1	ниже 0,1	10
	0,2	20		0,0	20
	0,1	30		0,0	20
	ниже 0,1	40			
	0,0	50			
	0,7	0,6	3		
0,5		5			
0,4		10	14.1. Примечания к статье 14:		

	0,3	10	а) к полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счет пальцев у лица) б) при удалении в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также при сморщивании его дополнительно выплачивается 10 % от страховой суммы
	0,2	15	
	0,1	20	
	ниже 0,1	30	
	0,0	40	
в) решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованное лицо направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (без учета коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по статьям 13, 17			
г) если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза равнялась 1,0			
д) если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0			
е) в том случае если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корригирующая линза, страховая выплата производится с учетом остроты зрения до операции			
15.	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01		100
16.	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого глаза		10
17.	Перелом орбиты		10
17.1.	Примечания к статьям 9–17:		
	а) ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею		
	б) поверхностные инородные тела на оболочках глаза не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею		
	в) если повреждения, перечисленные в статье 13, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии со статьей 14, при этом статья 13 не применяется; если же в связи с повреждением глазного яблока произведена страховая выплата по статье 13, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает основание для страховой выплаты в большем размере, то выплате подлежит разница между указанными суммами		
	г) решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы; по истечении этого срока Застрахованное лицо направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (без учета коррекции) и других последствий перенесенного повреждения; в таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по статьям 13, 17		
	д) если в результате травмы возникли повреждения, указанные в статьях 1, 2, 3, 4, 5, то выплата по статье 17 не производится		
Органы слуха			
18.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	а) отсутствие до 1/3 части ушной раковины		3
	б) отсутствие 1/3–1/2 части ушной раковины		5

	в) отсутствие более 1/2 части ушной раковины	10
19.	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:	
	а) шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м	5
	б) шепотная речь на расстоянии до 1 м	15
	в) полная глухота (разговорная речь – 0)	25
20.	Разрыв одной барабанной перепонки в результате травмы, не повлекший за собой снижение слуха	3
20.1.	Примечания к статьям 18–20:	
	а) решение о страховой выплате по статье 18 принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после заживления раны; если страховая выплата произведена по статье 18, выплата по статье 45 не производится	
	б) решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы; по истечении этого срока Застрахованное лицо направляется к ЛОР-специалисту для определения последствий перенесенного повреждения; в таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по статье 20 (если имеются основания)	
	в) если в результате травмы произошёл разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая выплата производится по статье 19, при этом статья 20 не применяется	
	г) если разрыв барабанной перепонки произошёл в результате перелома костей основания черепа (средняя черепная ямка), статья 20 не применяется	
Дыхательная система		
21.	Перелом костей носа	1
22.	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит:	
	а) с одной стороны	5
	б) с двух сторон	10
23.	Повреждение в результате травмы грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:	
	а) удаление доли, части легкого	30
	б) удаление одного легкого	50
24.	Перелом / переломы грудины	5
25.	Перелом / переломы ребер:	
	а) одного	1
	б) двух	2
	в) трех и более	5
26.	Проникающее ранение грудной клетки, торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, произведенные в связи с травмой:	
	а) торакоскопия, торакоцентез, проникающее ранение без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	3
	б) торакотомия при отсутствии повреждения органов грудной полости	10
	в) торакотомия при повреждении органов грудной полости	15
27.	Перелом подъязычной кости	5
28.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:	

	а) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы	10
	б) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	20
28.1.	Примечания к статьям 21–28:	
	а) пневмония, развившаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы, не дает оснований для страховой выплаты	
	б) если переломы ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные статьей 22, страховая выплата по статье 22 производится за вычетом ранее произведенных выплат по статьям 24, 25	
	в) при переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях	
	г) перелом хрящевой части ребра дает основание для страховой выплаты	
	д) если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата осуществляется в соответствии со статьей 23, при этом статья 26 не применяется	
	е) статьи 22 и 26 одновременно не применяются	
	ж) статьи 25 и 26 одновременно не применяются	
	з) если в связи с травмой грудной полости проводились торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, страховая выплата осуществляется с учетом наиболее сложного вмешательства однократно; выплата по статье 26 за повторные вмешательства, произведенные по поводу одной травмы, не производится	
Сердечно-сосудистая система		
29.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	10
30.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:	
	а) I степени	10
	б) II–III степени	25
31.	Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне:	
	а) плеча, бедра	10
	б) предплечья, голени	5
32.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность	20
32.1.	Примечания к статьям 29–32:	
	а) если в медицинских документах по поводу повреждения оболочек сердца, крупных магистральных сосудов не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховая выплата производится по подпункту «а» статьи 30	
	б) к крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов	
	в) к крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые	

	<i>артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены</i>	
	<i>г) если в заявлении указано, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, необходимо получить заключение специалиста</i>	
	<i>д) страховая выплата по статьям 30, 32 производится дополнительно, если указанные в этих статьях осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены медицинскими документами этого учреждения; ранее этого срока выплата производится по статьям 29, 31</i>	
Органы пищеварения		
33.	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти:	
	<i>а) перелом одной кости</i>	5
	<i>б) перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости</i>	10
34.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:	
	<i>а) части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)</i>	40
	<i>б) челюсти</i>	60
35.	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
	<i>а) отсутствие кончика языка</i>	10
	<i>б) отсутствие дистальной трети языка</i>	15
	<i>в) отсутствие языка на уровне средней трети</i>	30
	<i>г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка</i>	60
36.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) пищевода, вызвавшее:	
	<i>а) сужение пищевода</i>	40
	<i>б) непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода</i>	80
37.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:	
	<i>а) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия</i>	15
	<i>б) спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости</i>	25
	<i>в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы</i>	50
	<i>г) противоестественный задний проход (формирование или наложение колостомы)</i>	80
38.	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	<i>а) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря</i>	15
	<i>б) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря</i>	20
	<i>в) удаление части печени</i>	25
	<i>г) удаление части печени и желчного пузыря</i>	35
39.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	<i>а) подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства</i>	5
	<i>б) удаление селезенки</i>	15
40.	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:	
	<i>а) резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы</i>	25
	<i>б) удаление желудка</i>	50
41.	Повреждение органов живота, в связи с которым произведены:	

	<i>а) лапароскопия (лапароцентез)</i>	3
	<i>б) лапаротомия при подозрении на повреждение органов живота (в том числе с лапароскопией (лапароцентезом))</i>	10
	<i>в) лапаротомия при повреждении органов живота (в том числе с лапароскопией (лапароцентезом))</i>	15
41.1.	Примечания к статьям 33–41:	
	<i>а) при переломе челюсти, наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях</i>	
	<i>б) перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты</i>	
	<i>в) если в результате травмы возникли повреждения, предусмотренные статьями 1, 2, 3, 4, 5, 33, то страховая выплата производится по статье, предусматривающей наибольший размер выплаты</i>	
	<i>г) если травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, процент страховой выплаты определяется с учетом этих повреждений по соответствующим статьям путем суммирования</i>	
	<i>д) переломы и/или потеря зубов не дают оснований для страховой выплаты</i>	
	<i>е) при осложнениях травмы, предусмотренных подпунктами «а», «б» статьи 37, страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в подпунктах «в» и «г» – по истечении 6 месяцев после травмы; указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены медицинскими документами</i>	
	<i>ж) страховая выплата по статье 37 производится дополнительно к страховой выплате, определенной в связи с травмой органов живота, если она явилась прямым последствием этой травмы</i>	
	<i>з) если в связи с травмой органов живота имеются основания для страховой выплаты по статьям 38–40, то при этом статья 41 не применяется</i>	
	<i>и) выплата по статье 41 за повторные вмешательства, произведенные по поводу одной травмы, не производится</i>	
Мочевыделительная и половая системы		
42.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	<i>а) удаление части почки</i>	20
	<i>б) удаление почки</i>	50
43.	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
	<i>а) острую почечную недостаточность</i>	10
	<i>б) уменьшение объема мочевого пузыря</i>	15
	<i>в) сужение мочеточника, мочеиспускательного канала</i>	15
	<i>г) синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром разможнения)</i>	15
	<i>д) хроническую почечную недостаточность</i>	30
	<i>е) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи</i>	40
44.	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:	
	<i>а) удаление одного яичника, маточной трубы, яичка</i>	15

	б) удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена	30				
	в) потерю матки у женщин в возрасте:					
	до 40 лет	50				
	с 40 до 50 лет	30				
	50 лет и старше	15				
	г) потерю полового члена и обоих яичек	50				
44.1.	Примечания к статьям 42–44:					
	а) при осложнениях травмы, предусмотренных подпунктами «б», «д», «е» статьи 43, страховая выплата производится в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы; ранее этого срока страховая выплата может быть произведена по статье 42 (если имеются основания), и этот процент вычитается при принятии окончательного решения					
Мягкие ткани						
45.	Повреждение мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:					
	а) образование рубцов площадью от 0,5 до 1,0 см²	3				
	б) образование рубцов площадью 1,0 см² и более или длиной 5 см и более	5				
	в) значительное нарушение косметики	10				
	г) резкое нарушение косметики, неизгладимое обезображивание лица	30				
46.	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:					
	а) свыше 5 см² до 0,5 % поверхности тела включительно	3				
	б) свыше 0,5 до 4,0 % включительно	5				
	в) свыше 4,0 до 8,0 % включительно	10				
	г) свыше 8,0 до 15,0 % включительно	15				
	д) свыше 15,0 %	20				
47.	Ожоги (в соответствии с таблицей соответствующих выплат)					
Площадь ожога (% поверхности тела)		Степень ожога				
		I	II	IIIА	IIIБ	IV
свыше 5 до 10		3	10	15	17	20
свыше 10 до 20		5	15	20	25	35
свыше 20 до 30		7	20	25	45	55
свыше 30 до 40		10	25	30	70	75
свыше 40 до 50		20	30	40	85	90
свыше 50 до 60		25	35	50	95	95
свыше 60 до 70		30	45	60	100	100
свыше 70 до 80		40	55	70	100	100
свыше 80 до 90		60	70	80	100	100
более 90		80	90	95	100	100
48.	Повреждение мягких тканей:					
	а) неудаленные инородные тела					3
	б) мышечная грыжа, посттравматический периостит, нерассосавшаяся гематома площадью не менее 2 см², разрыв мышц					3

	в) разрыв сухожилий, за исключением пальцев кисти, взятие аутотрансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата	5
48.1.	Примечания к статьям 45–48:	
	а) к косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. Обезображивание лица – это резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других насильственных воздействий, не исчезающее со временем самостоятельно либо под влиянием консервативного лечения, для его устранения требуется оперативное вмешательство (например, косметическая операция). Неизгладимость данного повреждения, а также его медицинских последствий устанавливается судебно-медицинской экспертизой	
	б) если в связи с переломом костей лицевого черепа со смещением отломков была произведена операция (открытая репозиция), вследствие чего на лице образовался рубец, страховая выплата производится с учетом перелома и послеоперационного рубца, если этот рубец нарушает косметику в той или иной степени	
	в) если в результате повреждения мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области образовался рубец и в связи с этим была выплачена соответствующая часть страховой суммы, а затем Застрахованное лицо получило повторную травму, повлекшую за собой образование новых рубцов, страховая выплата производится с учетом последствий повторной травмы	
	г) при определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи	
	д) при открытых повреждениях с последующей пластикой сухожилий, сшиванием сосудов, нервов статья 46 не применяется	
	е) 1 % поверхности тела исследуемого равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев; эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до вершины ногтевой фаланги III пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V пястных костей (без учета I пальца)	
	ж) решение о страховой выплате по статьям 45, 46 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы	
	з) общая сумма выплат по статье 46 не должна превышать 40 %	
	и) страховая выплата в связи с нерассосавшейся гематомой, мышечной грыжей или посттравматическим периоститом производится в том случае, если эти осложнения травмы имеются по истечении 1 месяца со дня травмы	
Позвоночник		
49.	Перелом, переломовывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
	а) одного	5
	б) двух	10
	в) трех-пяти	20
	г) шести и более	30

50.	Разрыв межпозвонковых связок (при сроке лечения не менее 14 календарных дней), подвывих позвонков (за исключением копчика)	5
51.	Перелом каждого поперечного или остистого отростка	1
52.	Перелом крестца	10
53.	Повреждения копчика:	5
	а) вывих копчиковых позвонков	3
	б) перелом копчиковых позвонков	5
53.1.	Примечания к статьям 48–53:	
	а) при рецидивах подвывиха позвонка страховая выплата не производится	
	б) если перелом или вывих позвонков сопровождался повреждением спинного мозга, страховая выплата производится с учетом обоих повреждений путем суммирования, при этом страховая выплата за оперативные вмешательства производится однократно	
	в) если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно	
Верхняя конечность		
Лопатка, ключица		
54.	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:	
	а) перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения	3
	б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, переломовывих ключицы	5
	в) разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	10
	г) несросшийся перелом (ложный сустав)	15
Плечевой сустав		
55.	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):	
	а) разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, в том числе отрыв (перелом) большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча	5
	б) перелом двух костей, перелом лопатки и вывих плеча	10
	в) перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), переломовывих плеча	10
56.	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:	
	а) привычный вывих плеча	15
	б) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	в) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
Плечо		
57.	Перелом плечевой кости:	
	а) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	б) двойной (множественный) перелом	20
58.	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	45

59.	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	а) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	б) плеча на любом уровне	75
	в) единственной конечности на уровне плеча	100
59.1.	Примечания к статьям 54–59:	
	а) страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) производится в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами; эта выплата производится за вычетом ранее произведенных выплат в связи с данной травмой	
	б) страховая выплата по статье 56 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями области плечевого сустава, в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены медицинскими документами	
	в) страховая выплата при привычном вывихе плеча производится в том случае, если он наступил после первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования; диагноз «привычный вывих плеча» должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором производилось его вправление; при рецидивах привычного вывиха плеча страховая выплата не производится	
	г) страховая выплата по статье 58 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой плеча, если указанное осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы	
	д) если страховая выплата производится по статье 59, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится	
Локтевой сустав		
60.	Повреждения области локтевого сустава:	
	а) гемартроз (при проведении пункции сустава и получения из его полости геморрагического содержимого), пронационный подвывих предплечья	1
	б) отрывы костных фрагментов, в том числе надмыщелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости, вывих кости	5
	в) перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья	10
	г) перелом плечевой кости	15
	д) перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	20
61.	Повреждения области локтевого сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	б) «болтающийся» локтевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
Предплечье		
62.	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):	
	а) перелом одной кости	3

	<i>б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости</i>	5
63.	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:	
	<i>а) одной кости</i>	15
	<i>б) двух костей</i>	30
64.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:	
	<i>а) к ампутации предплечья на любом уровне</i>	60
	<i>б) экзартикуляции в локтевом суставе</i>	70
	<i>в) ампутации единственной конечности на уровне предплечья</i>	100
64.1.	Примечания к статьям 60–64:	
	<i>а) страховая выплата по статье 61 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями области локтевого сустава, в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>б) страховая выплата по статье 63 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой предплечья, если это осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>в) если страховая выплата производится по статье 64, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится</i>	
Лучезапястный сустав		
65.	Повреждения области лучезапястного сустава:	
	<i>а) перелом одной кости предплечья, отрыв (перелом) шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов), вывих головки локтевой кости</i>	3
	<i>б) перелом двух костей предплечья</i>	5
66.	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе	45
Кисть		
67.	Перелом или вывих костей запястья, пястных костей одной кисти:	
	<i>а) перелом одной кости (за исключением ладьевидной)</i>	2
	<i>б) перелом двух и более костей (за исключением ладьевидной)</i>	5
	<i>в) перелом ладьевидной кости</i>	3
	<i>г) вывих (перилунарный вывих), переломовывих кисти</i>	10
68.	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	
	<i>а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костных фрагментов)</i>	5
	<i>б) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава</i>	50
	<i>в) ампутацию единственной кисти</i>	100
68.1.	Примечания к статьям 65–68:	
	<i>а) страховая выплата по статье 66 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями области лучезапястного сустава, в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>б) страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) костей запястья или пястных костей производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с</i>	

	<i>травмой костей кисти, в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
Пальцы кисти		
Первый палец		
69.	Повреждение пальца, повлекшее за собой перелом фаланги (фаланг)	3
70.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в одном суставе	5
	б) отсутствие движений в двух суставах	10
71.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	5
	б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги	5
	в) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	10
	г) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	15
	д) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	20
Второй, третий, четвертый, пятый палец		
72.	Повреждение пальца, повлекшее за собой перелом фаланги (фаланг) пальца	1
73.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в одном суставе	3
	б) отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	5
74.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	3
	б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги	3
	в) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	5
	г) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	10
	д) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	15
74.1.	Примечания к статьям 69–74:	
	а) гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для страховой выплаты	
	б) страховая выплата в связи с нарушением функции пальца по статьям 70, 73 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с его травмой, в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами	
	в) если страховая выплата произведена по статьям 71, 74, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится	
	г) при повреждении нескольких пальцев кисти страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования, однако размер ее не должен превышать 50 % для одной кисти и 100 % для обеих кистей	
Таз		
75.	Повреждения таза:	
	а) перелом одной кости	5

	<i>б) перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости, перелом вертлужной впадины</i>	10
	<i>в) перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений</i>	15
76.	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений (анкилоз) в тазобедренных суставах:	
	<i>а) в одном суставе</i>	20
	<i>б) в двух суставах</i>	40
Нижняя конечность		
Тазобедренный сустав		
77.	Повреждения тазобедренного сустава:	
	<i>а) отрыв костного фрагмента (фрагментов)</i>	5
	<i>б) изолированный отрыв вертела (вертелов)</i>	10
	<i>в) вывих бедра</i>	10
	<i>г) перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра</i>	20
78.	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:	
	<i>а) отсутствие движений (анкилоз)</i>	20
	<i>б) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра</i>	30
	<i>в) эндопротезирование сустава</i>	40
	<i>г) «болтающийся» сустав в результате резекции головки бедра</i>	40
Бедро		
79.	Перелом бедра:	
	<i>а) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)</i>	20
	<i>б) двойной (множественный) перелом бедра</i>	30
80.	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	30
81.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
	<i>а) одной конечности</i>	70
	<i>б) единственной конечности</i>	100
	<i>в) обеих конечностей</i>	100
81.1.	Примечания к статьям 75–81:	
	<i>а) страховая выплата в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) производится по статье 76 за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой таза, в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>б) страховая выплата в связи с осложнениями, перечисленными в статье 78, производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее по поводу травмы сустава</i>	
	<i>в) страховая выплата по подпунктам «а», «б», «г» статьи 78 производится в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>г) если страховая выплата произведена по подпункту «в» статьи 78, статье 81, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится</i>	
	<i>д) страховая выплата по статье 80 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с переломом бедра, если такое осложнение будет установлено в лечебно-</i>	

	профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами	
Коленный сустав		
82.	Повреждения области коленного сустава:	
	а) гемартроз (при проведении пункции сустава и получении из его полости геморрагического содержимого), повреждение мениска (менисков), крестообразной связки (связок)	1
	б) отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малоберцовой кости, межмыщелкового возвышения, мыщелка (мыщелков) большеберцовой кости	5
	в) перелом надколенника	5
	г) перелом большеберцовой кости на уровне проксимального метафиза	10
	д) перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	е) перелом мыщелка (мыщелков) бедра, вывих голени	20
	ж) перелом дистального метафиза бедра	20
	з) перелом дистального метафиза, мыщелка (мыщелков) бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	25
83.	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе	20
	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	в) эндопротезирование сустава	40
Голень		
84.	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	
	а) малоберцовой, отрывы костных фрагментов	5
	б) большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	в) обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
85.	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав (за исключением отрыва костных фрагментов):	
	а) малоберцовой кости	5
	б) большеберцовой кости	15
	в) обеих костей	20
86.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
	а) ампутацию голени на любом уровне	60
	б) экзартикуляцию в коленном суставе	70
	в) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
86.1.	Примечания к статьям 82–86:	
	а) страховая выплата по статье 83 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой этого сустава	
	б) страховая выплата по подпунктам «а», «б» статьи 83 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой коленного сустава, если такое осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами	
	в) если страховая выплата произведена по подпункту «в» статьи 83, статье 86, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится	

	г) страховая выплата по статье 84 определяется: – при переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; – переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; – переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети	
	д) если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по статьям 82 и 84 или 87 и 84 путем суммирования	
	е) страховая выплата по статье 85 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с переломом костей голени, если такие осложнения будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждены медицинскими документами	
Голеностопный сустав		
87.	Повреждения области голеностопного сустава:	
	а) перелом одной лодыжки, перелом края или отрыв костного фрагмента (фрагментов) большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза	5
	б) перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости	10
	в) перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости	10
88.	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в голеностопном суставе	20
	б) «болтающийся» голеностопный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
	в) экзартикуляцию в голеностопном суставе	50
89.	Повреждение ахиллова сухожилия, потребовавшее проведения оперативного лечения	5
Стопа		
90.	Перелом или вывих костей предплюсны, плюсневых костей одной стопы:	
	а) перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной)	3
	б) перелом двух костей, перелом таранной кости	5
	в) перелом трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	10
91.	Повреждения стопы, повлекшие за собой:	
	а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)	5
	б) несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, таранной или пяточной кости	10
	в) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневом (Лисфранка)	15
	г) ампутацию на уровне:	
	– плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	20
	– плюсневых костей или предплюсны	30
	– таранной, пяточной костей (потеря стопы)	40
91.1.	Примечания к статьям 87–91:	
	а) страховая выплата по статье 88 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями области голеностопного сустава, в том случае, если нарушение	

	<i>движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>б) страховая выплата в связи с осложнениями травм стопы, предусмотренными подпунктами «а», «б», «в» статьи 91, производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой стопы, в том случае, если они будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены медицинскими документами, а по подпункту «г» статьи 91 – независимо от срока, прошедшего со дня травмы</i>	
	<i>в) если страховая выплата производится в связи с ампутацией по подпункту «г» статьи 91 или статье 88, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится</i>	
Пальцы стопы		
92.	Перелом фаланги (фаланг):	
	<i>а) одного пальца</i>	1
	<i>б) двух-трех пальцев</i>	3
	<i>в) четырех-пяти пальцев</i>	10
93.	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:	
	<i>а) первого пальца:</i>	
	<i>– на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава</i>	5
	<i>– на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава</i>	10
	<i>б) второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:</i>	
	<i>– одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг</i>	5
	<i>– одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов</i>	10
	<i>– трех-четырех пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг</i>	15
	<i>– трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов</i>	20
93.1.	Примечания к статьям 92–93:	
	<i>а) гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия), нагноительные воспаления пальцев стоп не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею</i>	
	<i>б) страховые выплаты в связи с повреждениями, предусмотренными подпунктом «а» статьи 93, производятся путем суммирования со страховыми выплатами, предусмотренными подпунктом «б» статьи 93</i>	
	<i>в) если страховая выплата произведена по статье 93, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится</i>	
	<i>г) при повреждении пальцев обеих стоп страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования, однако размер ее не должен превышать 70 % для обеих стоп</i>	
Разное		
94.	Травматический шок, геморрагический, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой	5
94.1.	Примечание к статье 94:	
	<i>а) страховая выплата по статье 94 производится дополнительно к выплатам, произведенным в связи с травмой</i>	
95.	Изнасилование лица в возрасте:	

	<i>а) до 15 лет</i>	50
	<i>б) с 15 до 18 лет</i>	30
	<i>в) 18 лет и старше</i>	15
96.	Поражение молнией, потребовавшее стационарного лечения сроком:	
	<i>а) от 7 до 14 календарных дней</i>	5
	<i>б) от 15 до 21 календарного дня</i>	10
	<i>в) более 21 календарного дня</i>	15
97.	Воздействие электрического тока, потребовавшее стационарного лечения сроком:	
	<i>а) от 7 до 14 календарных дней</i>	5
	<i>б) от 15 до 21 календарного дня</i>	10
	<i>в) более 21 календарного дня</i>	15
98.	Отморожение III или IV степени (с некрозом тканей):	
	<i>а) от 5 до 10 % площади поверхности тела включительно</i>	10
	<i>б) более 10 % площади поверхности тела</i>	15
98.1.	Примечание к статье 98:	
	<i>а) отморожение без указания степени и площади в процентах поверхности тела, а также отморожение I или II степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты</i>	

**Приложение № 3 к Правилам комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00,
утвержденным Приказом Заместителя Генерального директора –
Административного директора ООО СК «Сбербанк страхование жизни»
от 12.04.2019 № Пр/77-1**

Таблица размеров страховой выплаты по страховому риску «хирургические вмешательства от НС»

Если основанием для страховой выплаты являются операции, указанные в разных статьях Таблицы, размер страховой выплаты определяется по статье Таблицы, предусматривающей максимальный размер выплаты.

Статья	Описание операции	Размер выплат (% от страховой суммы по риску «хирургические вмешательства от НС»)
НЕЙРОХИРУРГИЯ		
01	Удаление поврежденного участка ткани головного мозга	60
02	Дренирование поврежденного участка головного мозга	10
03	Удаление поврежденного участка оболочек головного мозга	10
04	Восстановление твердой мозговой оболочки	10
05	Дренирование экстрадурального пространства	10
06	Дренирование субдурального пространства	10
07	Частичное удаление спинного мозга	30
08	Резекция периферического нерва	15
09	Удаление поврежденного периферического нерва	10
10	Микрохирургическое восстановление периферического нерва	15
11	Операция с целью освобождения ущемленного периферического нерва на уровне кисти	5
12	Операция с целью освобождения ущемленного периферического нерва на уровне стопы	5
13	Операция с целью освобождения ущемленного периферического нерва на другом уровне	10
ОПЕРАЦИИ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ		
14	Реконструкция молочной железы	30
ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ЗРЕНИЯ		
15	Протезирование глазного яблока	40
16	Пластическая операция по восстановлению глазницы	15
17	Комбинированные операции на глазных мышцах	20
18	Удаление поврежденного участка конъюнктивы	10
19	Операции по восстановлению конъюнктивы	20
20	Удаление поврежденного участка роговицы	10
21	Пластические операции на роговице	10
22	Операции по поводу удаления хрусталика	10
23	Протезирование хрусталика	10
24	Операция пломбирования склеры (при травматической отслойке сетчатки)	10
25	Фотокоагуляция сетчатки (при травматической отслойке сетчатки)	10
26	Деструкция поврежденной ткани сетчатки	10
ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ СЛУХА		
27	Восстановительные операции на барабанной перепонки	15

28	Реконструктивные операции на слуховых косточках	20
29	Операции на вестибулярном аппарате	20
ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ОБОНЯНИЯ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ		
30	Операции на внутренней полости или наружном носе	5
31	Удаление носа	10
32	Операции на лобной пазухе	10
33	Операции на верхнечелюстной пазухе	10
34	Операции на клиновидной пазухе	20
ОПЕРАЦИИ НА ГОРТАНИ, ТРАХЕЕ, ЛЁГКИХ		
35	Удаление поврежденного участка гортани открытым доступом	60
36	Реконструктивная операция на гортани	70
37	Частичное удаление трахеи	20
38	Пластические операции на трахее	50
39	Трахеостомия	20
40	Удаление пораженного участка легкого открытым доступом	60
41	Удаление легкого (пульмонэктомия)	70
ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ		
42	Удаление пищевода и желудка	70
43	Полное удаление пищевода	70
44	Частичное удаление пищевода	40
45	Протезирование пищевода, выполненное открытым доступом	40
46	Полное удаление (гастрэктомия) желудка	30
47	Частичное удаление желудка	20
48	Пластические операции на желудке	20
ОПЕРАЦИИ НА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ, ТОЩЕЙ, ПОДВЗДОШНОЙ КИШКЕ		
49	Резекция двенадцатиперстной кишки	15
50	Удаление двенадцатиперстной кишки	30
51	Резекция тощей кишки	15
52	Удаление тощей кишки	30
53	Резекция подвздошной кишки	15
54	Удаление подвздошной кишки	30
ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ		
55	Тотальная колэктомия (удаление толстой и прямой кишки)	60
56	Колэктомия (удаление толстой кишки)	40
57	Резекция толстой кишки	40
58	Наложение цекостомы	10
59	Резекция прямой кишки	20
ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ		
60	Частичная резекция печени	15
61	Удаление поврежденной ткани печени	15
ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ		
62	Тотальная панкреатэктомия	70
63	Частичная резекция поджелудочной железы	40
64	Открытое дренирование при повреждениях поджелудочной железы	10
ОПЕРАЦИИ НА СЕЛЕЗЕНКЕ		
65	Тотальная спленэктомия	20
ОПЕРАЦИИ НА ПЕРИКАРДЕ		
66	Тотальная перикардэктомия	25
67	Дренирование полости перикарда	10
ОПЕРАЦИИ НА КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ		
68	Пластическое восстановление легочной артерии	80
69	Пластическое восстановление аорты	80

70	Реконструктивные операции на сонной артерии	50
71	Реконструктивные операции на подключичной артерии	40
72	Реконструктивные операции на почечной артерии	40
73	Реконструктивные операции на подвздошной артерии	30
74	Реконструктивные операции на бедренной артерии	30
ОПЕРАЦИИ НА ПОЧКАХ		
75	Тотальная нефрэктомия	60
76	Частичная резекция почки	30
ОПЕРАЦИИ НА МОЧЕТОЧНИКЕ		
77	Удаление мочеточника	15
ОПЕРАЦИИ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ		
78	Тотальная цистэктомия	30
79	Частичная резекция мочевого пузыря	20
80	Катетеризация мочевого пузыря открытым доступом (эпицистостомия)	5
ОПЕРАЦИИ НА УРЕТРЕ		
81	Удаление уретры	20
ОПЕРАЦИИ НА МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ		
82	Удаление мошонки	10
83	Двухсторонняя орхэктомия	15
84	Ампутация пениса	15
ОПЕРАЦИИ НА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ		
85	Удаление (экстирпация) влагалища	30
86	Удаление поврежденной части влагалища	5
87	Экстирпация матки лапаротомным доступом	10
88	Двухстороннее удаление придатков матки	10
89	Удаление придатков матки с одной стороны	5
ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОЙ СТЕНКЕ, ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ		
90	Реконструкция грудной стенки	20
91	Дренирование плевральной полости, выполненное открытым доступом	10
ОПЕРАЦИИ НА БРЮШНОЙ СТЕНКЕ, БРЫЖЕЙКЕ, БРЮШИНЕ		
92	Лапаротомия	5
93	Дренирование брюшной полости открытым доступом	5
94	Операции на брыжейке тонкого кишечника	10
95	Операции на брыжейке толстого кишечника	10
ОПЕРАЦИИ НА ФАСЦИЯХ ЖИВОТА		
96	Удаление поврежденной фасции	5
ОПЕРАЦИИ НА СУХОЖИЛИЯХ		
97	Восстановительная операция на сухожилии	5
ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ЛИЦЕВОМ СКЕЛЕТЕ		
98	Пластические восстановительные операции на черепе	20
99	Краниотомия	10
100	Репозиция перелома костей верхней челюсти	10
101	Репозиция других костей лицевого скелета	10
102	Фиксация (иммобилизация) костей лицевого скелета	10
103	Удаление нижней челюсти	40
104	Репозиция перелома костей нижней челюсти	5
105	Фиксация (иммобилизация) костей нижней челюсти	5
ОПЕРАЦИИ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ И МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКАХ		
106	Хирургическое лечение с целью первичной декомпрессии нервных структур шейного отдела позвоночника	15

107	Хирургическое лечение с целью ревизии декомпрессии нервных структур шейного отдела позвоночника	20
108	Хирургическое лечение с целью декомпрессии нервных структур грудного отдела позвоночника	15
109	Хирургическое лечение с целью первичной декомпрессии нервных структур поясничного отдела позвоночника	15
110	Хирургическое лечение с целью ревизии декомпрессии нервных структур поясничного отдела позвоночника	20
111	Декомпрессия при переломах позвоночника	15
112	Фиксация отломков при переломах позвоночного столба	20
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ОРТОПЕДИЯ		
КОСТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ		
113	Комплексная реконструкция первого пальца кисти	15
114	Тотальное удаление кости	10
115	Хирургическое лечение открытого перелома кости	10
РЕПОЗИЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ, ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ		
116	Первичная открытая репозиция перелома кости с интрамедуллярным остеосинтезом	5
117	Первичная открытая репозиция перелома кости с экстрамедуллярным остеосинтезом	5
118	Первичная открытая репозиция внутрисуставного перелома кости	5
119	Скелетное вытяжение кости	5
ОПЕРАЦИИ НА СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ		
120	Открытые операции на менисках коленного сустава	10
121	Протезирование связки сустава	5
122	Артроскопические лечебные операции на менисках коленного сустава	5
РЕПЛАНТАЦИЯ И АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ		
123	Реплантация верхней конечности	70
124	Реплантация нижней конечности	80
125	Ампутация верхней конечности на уровне плечевого сустава	40
126	Ампутация кисти руки	40
127	Ампутация нижней конечности на уровне тазобедренного сустава	50
128	Ампутация стопы	40
129	Ампутация большого пальца стопы	5

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Онкострахование» стандартная¹**

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке, объеме и в соответствии с иными условиями, указанными в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – Программа), а также в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования).

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены настоящей Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу на территории Российской Федерации (территория страхования).

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

2.1. В рамках настоящей Программы Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, при наличии у Застрахованного лица нижеперечисленных заболеваний/состояний, диагностированных Застрахованному лицу врачом-специалистом в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица:

2.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание.

Под *злокачественным онкологическим заболеванием* понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага и проникновению в ткань различного гистологического типа), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)). В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга и саркома.

При этом по настоящей Программе **НЕ** являются злокачественными онкологическими заболеваниями:

- Злокачественные опухоли кожи, за исключением меланомы;
- Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;
- Новообразования in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как новообразования неопределенного или неизвестного характера;
- Хроническая лимфоцитарная лейкомия;

¹ Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в меньшем объеме, чем указан в настоящей Программе; может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), отличающиеся от указанных в настоящей Программе; могут быть изменены определения, а также условия и порядок оказания услуг.

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

2.1.2. Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица, требующие трансплантации костного мозга.

Под *трансплантацией* понимается плановая медицинская процедура, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования для лечения гематологических, онкологических заболеваний (при состояниях, угрожающих жизни Застрахованного лица), диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)), заключающаяся в пересадке Застрахованному лицу костного мозга (костно-мозговой кроветворной ткани), полученного от другого человека (донора) или от самого себя.

Необходимость проведения трансплантации должна быть подтверждена не менее чем двумя врачами-специалистами, специализирующимся в соответствующей области медицины.

При этом по настоящей Программе не является трансплантацией пересадка костного мозга, когда Застрахованное лицо является донором для третьего лица.

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг

3.1. Медицинские и иные услуги, предоставляемые при заболеваниях/состояниях, указанных в Разделе 2 Программы:

3.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание (п. 2.1.1 Программы):
1. Стационарная медицинская помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, 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 манипуляций, процедур
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 протезирования
1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.13. Пребывание в дневном стационаре
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, 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 манипуляции, процедуры
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
3. Паллиативная медицинская помощь.
3.1.2. Трансплантация (п. 2.1.2 Программы):
1. Стационарная медицинская помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)

1.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, пробы на совместимость
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммуносупрессивная терапия
1.4. Получение, обработка, хранение костного мозга
1.5. Лечебные манипуляции, процедуры
1.6. Проведение трансплантации, включая сопутствующие расходы
1.7. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.8. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.9. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.10. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения трансплантации
1.11. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.12. Пребывание в дневном стационаре
2. Поиск потенциальных доноров
3. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости хранения и доставки трансплантата до места, где будет производиться трансплантация)
4. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
4.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
4.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, включая пробы на совместимость, а также исследования, необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
4.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
4.4. Лечебные манипуляции, процедуры
3.1.3. Медицинская помощь на дому (оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме) ² - не более четырех обращений в течение срока страхования ³ :
1. Врачебная медицинская помощь врача-терапевта
2. Забор материала для лабораторных исследований (по назначению врача)
3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры (по назначению врача)
3.1.4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования:
1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики
3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи
4. Медицинская транспортировка бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования
3.1.5. Оформление медицинской документации ⁴ (рецепты на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинские справки, направления на консультации/медицинские исследования, выписки из истории болезни/амбулаторной карты, выписной эпикриз)
3.1.6. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.

² Медицинская помощь на дому оказывается Застрахованному лицу, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача.

³ Везде по тексту настоящей программы, где упоминается срок страхования, имеется в виду срок страхования по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России».

⁴ Только в случаях, когда оформление медицинской документации связано с оказанием медицинских услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы при заболеваниях/состояниях, указанных в разделе 2 Программы

	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
3.1.7. Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном⁵ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.	Совокупно (единый) для услуг, указанных в п.п. 3.1.7, 3.1.8 Программы - 40 000 рублей
3.1.8. Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном⁵ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.	
3.1.9. Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. 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.	Совокупно (единый) для услуг, указанных в п.п. 3.1.9, 3.1.10 Программы - 50 000 рублей
3.1.10. Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.	
3.1.11. Посмертная репатриация.	150 000 рублей

Определения, используемые в п. 3.1 настоящей Программы:

Под клинико-диагностическими лабораторными исследованиями в настоящей Программе понимаются: гематологические исследования; генетические 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; онкогематологические 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 хирургической операции расходных материалов и оказа-

⁵ За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

нием услуг, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы; установление аппарата искусственного дыхания, проведение анестезии, установка капельниц.

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

К медицинским расходным материалам относят 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.

Под изделиями для внутреннего протезирования понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы **под врачебной медицинской помощью** понимается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Под медицинской транспортировкой понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / 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 в 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 договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя

организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.2. По настоящей Программе установлены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) Страховщика:

- 3.2.1. по имплантации, необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования (подп. 1.9 п. 3.1.1 Программы) – не более 900 000 (девятисот тысяч) рублей в течение срока страхования;
- 3.2.2. по трансплантации (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной трансплантации в течение срока страхования и не более пяти трансплантаций в течение жизни Застрахованного лица;
- 3.2.3. по трансплантации (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение гемодиализа в количестве не более 8 (восьми) процедур в течение срока страхования;
- 3.2.4. по трансплантации (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует оказание и оплачивает медицинские услуги не более 3 000 000 (трех миллионов) рублей в течение срока страхования;
- 3.2.5. по паллиативной медицинской помощи (подп.3 п. 3.1.1 Программы) – не более 500 000 (пятисот тысяч) рублей в течение срока страхования;
- 3.2.6. лимиты, установленные в п.п. 3.1.7 – 3.1.11 Программы для указанных в нем услуг;
- 3.2.7. иные лимиты по количеству дней/обращений, предусмотренные Разделом 3 настоящей Программы;
- 3.2.8. страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России»;
- 3.2.9. после того, как стоимость всех организованных и/или оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России», Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг.

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, 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, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;
- 4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские и сервисные организации, выбор которых не был согласован со Страховщиком;
- 4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России», или диагностированного/установленного после окончания срока страхования по данному риску (в т.ч. досрочного);
- 4.1.7. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, направленных на распознавание (диагностику) состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы;

4.1.8. обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, за оказанием услуг;

4.1.9. обращение Застрахованного лица за медицинской помощью на дому (п. 3.1.3 Программы) с целью получения плановых консультаций, направлений на плановые обследования, выписки рецептов на льготную категорию лекарственных препаратов, а также с целью закрытия листа нетрудоспособности.

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

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

4.2.2. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития;

4.2.3. выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках настоящей Программы и в соответствии с ее условиями;

4.2.4. в связи с Вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или заболеваниями и состояниями, связанными с ВИЧ, включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), или любые их мутации, вариации или деривации;

4.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

4.2.6. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

4.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

4.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

4.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства, в том числе связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения.

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

4.3.1. трансплантация органов и/или их долей, не предусмотренных настоящей Программой;

4.3.2. трансплантация вследствие алкогольной болезни печени.

Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой. Обязанности Застрахованного лица

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания / состояния, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе в письменной форме любыми доступными средствами (факс, электронная почта, письмо и т.д.) путем направления Страховщику соответствующего заявления (по установленной форме - если установлена).

5.2. Застрахованное лицо также обязано предоставить Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы (список требуемых документов может быть сокращен согласно п. 8.4 Правил страхования):

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;

- при обращении представителя Застрахованного лица - надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (предоставляется по требованию);
- договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам, привлекаемым Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования;
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если Страховщик/третьи лица, привлекаемые Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования, не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, медицинские документы (выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, результаты проведенных исследований и испытаний, заключение врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, трансплантолога и т. п.) с указанием диагноза, и другие медицинские документы, позволяющие установить дату диагностирования и установленный диагноз);
- надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

5.3. Страховщик (сервисная компания, если привлекается) проводит экспертизу полученных медицинских документов. В случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) вправе потребовать, а Застрахованное лицо обязано предоставить дополнительные документы (результаты повторных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов и т.п.), относящиеся к событию, имеющему признаки страхового случая. Также в случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) 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. После экспертизы полученных документов и информации (в том числе запрошенной дополнительно) Страховщик принимает решение о наличии/отсутствии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой.

5.4. После принятия решения о наличии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо может получить услуги, предусмотренные настоящей Программой (в том числе указанные в п. 3.1.3, 3.1.4 Программы).

5.5. После принятия решения о наличии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, Страховщик (сервисная компания, если привлекается) подбирает наиболее подходящее медицинское учреждение для лечения заболевания / состояния из числа указанных в п. 2.1 настоящей Программы, и согласовывает место и программу лечения и иные услуги в рамках настоящей Программы с Застрахованным лицом (лицом, представляющим интересы Застрахованного лица).

5.6. После согласования Застрахованным лицом предлагаемого лечения и оказания иных услуг Страховщик (сервисная компания, если привлекается) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах лимитов ответственности Страховщика и в соответствии с иными условиями настоящей Программы.

5.7. Застрахованное лицо имеет возможность отказаться от оказания услуг, согласованных в соответствии с п.5.5 настоящей Программы, не менее чем за 15 рабочих дней до начала оказания услуг при условии, что у Страховщика не возникают расходы по оплате услуг полностью или частично. В таком случае Застрахованное лицо обязано уведомить Страховщика об отказе от оказания согласованных услуг не позднее указанного в настоящем пункте срока в письменной форме путем предоставления соответствующего уведомления лично Страховщику по адресу, указанному на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», или путем направления такого уведомления на адрес электронной почты Страховщика, указанный на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

5.7.1. В случае, если у Страховщика возникли расходы в связи с отказом Застрахованного лица от оказания услуг, согласованных в соответствии п. 5.5 настоящей Программы, то такие услуги, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось, входят в объем предоставленных по настоящей Программе услуг и на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений).

5.7.2. При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которые были назначены Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг из числа согласованных в соответствии с п. 5.5 настоящей Программы, в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) для оказания таких услуг Застрахованному лицу.

5.8. При вызове врача-терапевта на дом (п. 3.1.3 Программы), Застрахованное лицо (или лицо, действующее в его интересах) обязано: сообщить точный, полный и существующий адрес для оказания услуг, предусмотренных п. 3.1.3 Программы, сотруднику соответствующей службы медицинского учреждения или работнику Страховщика (сервисной компании, если привлекается); находиться по указанному адресу в день (и время, если установлено), на который вызван врач-терапевт, а также принять оказание услуг врача-терапевта по его прибытию по адресу вызова.

В случаях: вызова врача-терапевта на дом по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, сотруднику соответствующей службы медицинского учреждения или работнику Страховщика (сервисной компании, если привлекается); отсутствия Застрахованного лица по указанному при вызове врача-терапевта на дом адресу в момент прибытия врача-терапевта в день, на который вызван врач-терапевт; отказа от услуг врача-терапевта по его прибытию на место вызова, - соответствующая услуга входит в объем предоставленных по настоящей Программе услуг и на ее стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений).

Раздел 6. Случаи возмещения Страхователем/Застрахованным лицом расходов Страховщика

6.1. Страховщик имеет право потребовать у Страхователя/Застрахованного лица, а Страхователь/Застрахованное лицо в случае предъявления такого требования обязан возместить Страховщику понесенные расходы по оплате следующих услуг:

6.1.1. вызов врача-терапевта на дом для лиц, не являющихся Застрахованными лицами по настоящей Программе;

6.1.2. вызов врача-терапевта на дом с целью получения плановых консультаций, направлений на плановые обследования, выписки рецептов на льготную категорию лекарственных препаратов, а также с целью закрытия листа нетрудоспособности;

6.1.3. вызов врача-терапевта на дом к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, в том числе с целью получения листа нетрудоспособности.

6.2. При неоплате Страхователем предъявленной суммы в течение 5 рабочих дней с момента получения счета, Страховщик вправе обратиться за взысканием понесенных расходов по оплате предусмотренных п.п. 6.1.1 – 6.1.3 услуг в судебном порядке.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Онкострахование» расширенная¹**

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке, объеме и в соответствии с иными условиями, указанными в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – Программа), а также в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования).

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены настоящей Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу на территории Российской Федерации, Израиля, Южной Кореи, Испании (территория страхования).

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

2.1. В рамках настоящей Программы Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, при наличии у Застрахованного лица нижеперечисленных заболеваний/состояний, диагностированных Застрахованному лицу врачом-специалистом в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица:

2.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание.

Под *злокачественным онкологическим заболеванием* понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага и проникновению в ткань различного гистологического типа), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)). В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга и саркома.

При этом по настоящей Программе **НЕ** являются к злокачественными онкологическими заболеваниями:

- Злокачественные опухоли кожи, за исключением меланомы;
- Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;
- Новообразования in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как новообразования неопределенного или неизвестного характера;
- Хроническая лимфоцитарная лейкомия;

¹ Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в меньшем объеме, чем указан в настоящей Программе; может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), отличающиеся от указанных в настоящей Программе; могут быть изменены определения, а также условия и порядок оказания услуг.

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

2.1.2. Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица, требующие трансплантации костного мозга.

Под *трансплантацией* понимается плановая медицинская процедура, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования для лечения гематологических, онкологических заболеваний (при состояниях, угрожающих жизни Застрахованного лица), диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)), заключающаяся в пересадке Застрахованному лицу костного мозга (костно-мозговой кроветворной ткани), полученного от другого человека (донора) или от самого себя.

Необходимость проведения трансплантации должна быть подтверждена не менее чем двумя врачами-специалистами, специализирующимся в соответствующей области медицины.

При этом по настоящей Программе не является трансплантацией пересадка костного мозга, когда Застрахованное лицо является донором для третьего лица.

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг

3.1. Медицинские и иные услуги, предоставляемые при заболеваниях/состояниях, указанных в Разделе 2 Программы:

3.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание (п. 2.1.1 Программы):
<i>1. Стационарная медицинская помощь:</i>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, 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 манипуляций, процедур
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 протезирования
1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.13. Пребывание в дневном стационаре
<i>2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</i>
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, 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 манипуляции, процедуры
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
<i>3. Паллиативная медицинская помощь (на территории России).</i>
3.1.2. Трансплантация (п. 2.1.2 Программы):
<i>1. Стационарная медицинская помощь:</i>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)

1.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, пробы на совместимость
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммуносупрессивная терапия
1.4. Получение, обработка, хранение костного мозга
1.5. Лечебные манипуляции, процедуры
1.6. Проведение трансплантации, включая сопутствующие расходы
1.7. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.8. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.9. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.10. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения трансплантации
1.11. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.12. Пребывание в дневном стационаре
2. Поиск потенциальных доноров
3. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости хранения и доставки трансплантата до места, где будет производиться трансплантация)
4. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
4.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
4.2. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, включая пробы на совместимость, а также исследования, необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
4.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
4.4. Лечебные манипуляции, процедуры
3.1.3. Медицинская помощь на дому (оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме) ² - не более четырех обращений в течение срока страхования ³ .
1.1. Врачебная медицинская помощь врача-терапевта
1.2. Забор материала для лабораторных исследований (по назначению врача)
1.3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры (по назначению врача)
3.1.4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования).
1.1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
1.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики
1.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи
1.4. Медицинская транспортировка бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования

² Медицинская помощь на дому оказывается Застрахованному лицу, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача.

³ Везде по тексту настоящей программы, где упоминается срок страхования, имеется в виду срок страхования по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России и за рубежом».

3.1.5. Оформление медицинской документации ⁴ (рецепты на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинские справки, направления на консультации/медицинские исследования, выписки из истории болезни/амбулаторной карты, выписной эпикриз)	
3.1.6. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.	
3.1.7. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием и организацией медицинской помощи по настоящей Программе. Данная услуга включает консультации с целью помощи в получении визы (без оплаты ее стоимости) в страну назначения с целью прохождения Застрахованным лицом лечения, бронирование билетов (без оплаты их стоимости).	
	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
3.1.8. Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном ⁵ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.	Совокупно (единый) для услуг, указанных в п.п. 3.1.8, 3.1.9 Программы - 100 000 рублей
3.1.9. Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном ⁵ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.	
3.1.10. Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. 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.	Совокупно (единый) для услуг, указанных в п.п. 3.1.10, 3.1.11 Программы - 100 000 рублей
3.1.11. Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.	
3.1.12. Оплата визовых сборов (если требуется), если оказание медицинской помощи Застрахованному лицу планируется за пределами Российской Федерации.	12 000 рублей
3.1.13. Посмертная репатриация.	500 000 рублей

⁴ Только в случаях, когда оформление медицинской документации связано с оказанием медицинских услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы при заболеваниях/состояниях, указанных в разделе 2 Программы

⁵ За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

3.1.14. Услуги переводчика в период получения медицинской помощи, если ее оказание планируется за пределами Российской Федерации.	60 000 рублей
---	---------------

Определения, используемые в п.3.1 настоящей Программы:

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

К медицинским расходным материалам относят 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.

Под изделиями для внутреннего протезирования понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы **под врачебной медицинской помощью** понимается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Под медицинской транспортировкой понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортом 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 в 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 договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.2. По настоящей Программе установлены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) Страховщика:

3.2.1. по имплантации, необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования (подп. 1.9 п. 3.1.1 Программы) – не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;

3.2.2. по трансплантации (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной трансплантации в течение срока страхования и не более пяти трансплантаций в течение жизни Застрахованного лица;

3.2.3. по трансплантации (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение гемодиализа в количестве не более 8 (восьми) процедур в течение срока страхования;

3.2.4. по трансплантации (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует оказание и оплачивает медицинские услуги не более 3 000 000 (трех миллионов) рублей в течение срока страхования;

3.2.5. по паллиативной медицинской помощи (подп.3 п. 3.1.1 Программы) – не более 500 000 (пятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;

3.2.6. лимиты, установленные в п.п. 3.1.8 – 3.1.14 Программы для указанных в нем услуг;

3.2.7. иные лимиты по количеству дней/обращений, предусмотренные Разделом 3 настоящей Программы;

3.2.8. страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России и за рубежом»;

3.2.9. после того, как стоимость всех организованных и/или оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России и за рубежом», Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг.

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, 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, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;
- 4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские и сервисные организации, выбор которых не был согласован со Страховщиком;
- 4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России и за рубежом», или диагностированного/установленного после окончания срока страхования по данному риску (в т.ч. досрочного);
- 4.1.7. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, направленных на распознавание (диагностику) состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы;
- 4.1.8. обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, за оказанием услуг;
- 4.1.9. обращение Застрахованного лица за медицинской помощью на дому (п. 3.1.3 Программы) с целью получения плановых консультаций, направлений на плановые обследования, выписки рецептов на льготную категорию лекарственных препаратов, а также с целью закрытия листа нетрудоспособности.

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

- 4.2.1. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных Хельсинкской комиссией и/или другими профильными объединениями/организациями, заменяющими Хельсинкскую комиссию;
- 4.2.2. в связи с родовыми травмами и/или врождёнными пороками развития;
- 4.2.3. выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках настоящей Программы и в соответствии с ее условиями;
- 4.2.4. в связи с Вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или заболеваниями и состояниями, связанными с ВИЧ, включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), или любые их мутации, вариации или деривации;
- 4.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
- 4.2.6. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология,

бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

4.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

4.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

4.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства, в том числе связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения.

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

4.3.1. трансплантация органов и/или их долей, не предусмотренных настоящей Программой;

4.3.2. трансплантация вследствие алкогольной болезни печени.

Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой. Обязанности Застрахованного лица
--

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания / состояния, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе в письменной форме любыми доступными средствами (факс, электронная почта, письмо и т.д.) путем направления Страховщику заявления (по установленной форме - если установлена).

5.2. Застрахованное лицо также обязано предоставить Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы (список требуемых документов может быть сокращен согласно п. 8.4 Правил страхования):

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;
- при обращении представителя Застрахованного лица - надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (предоставляется по требованию);
- договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам, привлекаемым Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования;
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если Страховщик/третьи лица, привлекаемые Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования, не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, медицинские документы (выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, результаты проведенных исследований и испытаний, заключение врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, трансплантолога и т. п.) с указанием диагноза, и другие медицинские документы, позволяющие установить дату диагностирования и установленный диагноз);
- надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

5.3. Страховщик (сервисная компания, если привлекается) проводит экспертизу полученных медицинских документов. В случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) вправе потребовать, а Застрахованное лицо обязано предоставить дополнительные документы (результаты повторных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов и т.п.), относящиеся к событию, имеющему признаки страхового случая. Также в случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) 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. После экспертизы полученных документов и информации (в том числе запрошенных дополнительно) Страховщик принимает решение о наличии/отсутствии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой.

5.4. После принятия решения о наличии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо может получить услуги, предусмотренные настоящей Программой (в том числе указанные в п. 3.1.3, 3.1.4 Программы).

5.5. После принятия решения о наличии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, Страховщик (сервисная компания, если привлекается) подбирает наиболее подходящее медицинское учреждение для лечения заболевания / состояния, из числа указанных в п. 2.1 настоящей Программы, и согласовывает место и программу лечения и иные услуги в рамках настоящей Программы с Застрахованным лицом (лицом, представляющим интересы Застрахованного лица).

5.6. После согласования Застрахованным лицом предлагаемого лечения и оказания иных услуг Страховщик (сервисная компания, если привлекается) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах лимитов ответственности Страховщика и в соответствии с иными условиями настоящей Программы.

5.7. Застрахованное лицо имеет возможность отказаться от оказания услуг, согласованных в соответствии с п.5.5 настоящей Программы, не менее чем за 15 рабочих дней до начала оказания услуг при условии, что у Страховщика не возникают расходы по оплате услуг полностью или частично. В таком случае Застрахованное лицо обязано уведомить Страховщика об отказе от оказания согласованных услуг не позднее указанного в настоящем пункте срока в письменной форме путем предоставления соответствующего уведомления лично Страховщику по адресу, указанному на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», или путем направления такого уведомления на адрес электронной почты Страховщика, указанный на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

5.7.1. В случае, если у Страховщика возникли расходы в связи с отказом Застрахованного лица от оказания услуг, согласованных в соответствии с п. 5.5 настоящей Программы, то такие услуги, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось, входят в объем предоставленных по настоящей Программе услуг и на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений).

5.7.2. При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которые были назначены Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг из числа согласованных в соответствии с п. 5.5 настоящей Программы, в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) для оказания таких услуг Застрахованному лицу.

5.8. При вызове врача-терапевта на дом (п. 3.1.3 Программы), Застрахованное лицо (или лицо, действующее в его интересах) обязано: сообщить точный, полный и существующий адрес для оказания услуг, предусмотренных п. 3.1.3 Программы, сотруднику соответствующей службы медицинского учреждения или работнику Страховщика (сервисной компании, если привлекается); находиться по указанному адресу в день (и время, если установлено), на который вызван врач-терапевт, а также принять оказание услуг врача-терапевта по его прибытию по адресу вызова.

В случаях: вызова врача-терапевта на дом по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, сотруднику соответствующей службы медицинского учреждения или работнику Страховщика (сервисной компании, если привлекается); отсутствия Застрахованного лица по указанному при вызове врача-терапевта на дом адресу в момент прибытия врача-терапевта в день, на который вызван врач-терапевт; отказа от услуг врача-терапевта по его прибытию на место вызова, - соответствующая услуга входит в объем предоставленных по настоящей Программе услуг и на ее стоимость уменьшается

страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений).

Раздел 6. Случаи возмещения Страхователем/Застрахованным лицом расходов Страховщика

6.1. Страховщик имеет право потребовать у Страхователя/Застрахованного лица, а Страхователь/Застрахованное лицо в случае предъявления такого требования обязан возместить Страховщику понесенные расходы по оплате следующих услуг:

6.1.1. вызов врача-терапевта на дом для лиц, не являющихся Застрахованными лицами по настоящей Программе;

6.1.2. вызов врача-терапевта на дом с целью получения плановых консультаций, направлений на плановые обследования, выписки рецептов на льготную категорию лекарственных препаратов, а также с целью закрытия листа нетрудоспособности;

6.1.3. вызов врача-терапевта на дом к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, в том числе с целью получения листа нетрудоспособности.

6.2. При неоплате Страхователем предъявленной суммы в течение 5 рабочих дней с момента получения счета, Страховщик вправе прекратить оказание Застрахованному лицу услуг, предусмотренных Разделом 3 настоящей Программы, Страховщик вправе обратиться за взысканием понесенных расходов по оплате предусмотренных п.п. 6.1.1 – 6.1.3 услуг в судебном порядке.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Онкострахование для людей старшего поколения (65+)»¹**

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке, объеме и в соответствии с иными условиями, указанными в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – Программа), а также в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования).

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены настоящей Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу на территории Российской Федерации (территория страхования).

Раздел 2. Заболевание, при котором предоставляются медицинские и иные услуги

В рамках настоящей Программы Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, при наличии у Застрахованного лица злокачественного онкологического заболевания, диагностированного Застрахованному лицу врачом-специалистом в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица:

Под *злокачественным онкологическим заболеванием* понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага и проникновению в ткань различного гистологического типа), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)). В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга и саркома.

При этом по настоящей Программе **НЕ** являются злокачественными онкологическими заболеваниями:

- Злокачественные опухоли кожи, за исключением меланомы;
- Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;
- Новообразования in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как новообразования неопределенного или неизвестного характера;
- Хроническая лимфоцитарная лейкомия;
- Любые виды злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

¹ Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в меньшем объеме, чем указан в настоящей Программе; может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), отличающиеся от указанных в настоящей Программе; могут быть изменены определения, а также условия и порядок оказания услуг.

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг

3.1. Медицинские и иные услуги, предоставляемые при заболевании, указанном в Разделе 2 Программы:

3.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание
1. Стационарная медицинская помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, 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 манипуляций, процедур
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 протезирования
1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.13. Пребывание в дневном стационаре
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, 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 манипуляции, процедуры
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
3. Паллиативная медицинская помощь.
3.1.2. Медицинская помощь на дому (оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме) ² - не более четырех обращений в течение срока страхования ³ :
1.1. Врачебная медицинская помощь врача-терапевта
1.2. Забор материала для лабораторных исследований (по назначению врача)
1.3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры (по назначению врача)
3.1.3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования).
1.1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
1.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики
1.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи

² Медицинская помощь на дому оказывается Застрахованному лицу, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача.

³ Везде по тексту настоящей программы, где упоминается срок страхования, имеется в виду срок страхования по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России для людей старшего поколения (65+)».

1.4. Медицинская транспортировка бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования	
3.1.4. Оформление медицинской документации ⁴ (рецепты на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинские справки, направления на консультации/медицинские исследования, выписки из истории болезни/амбулаторной карты, выписной эпикриз) .	
3.1.5. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.	
	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
3.1.6. Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном ⁵ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.	Совокупно (единый) для услуг, указанных в п.п. 3.1.6, 3.1.7 Программы - 40 000 рублей
3.1.7. Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном ⁵ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.	
3.1.8. Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. 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.	Совокупно (единый) для услуг, указанных в п.п. 3.1.8, 3.1.9 Программы - 50 000 рублей
3.1.9. Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.	
3.1.10. Посмертная репатриация.	150 000 рублей

Определения, используемые в п. 3.1 настоящей Программы:

Под клинико-диагностическими лабораторными исследованиями в настоящей Программе понимаются: гематологические исследования; генетические исследования; бактериоскопические исследования; биохимические исследования; вирусологические исследования; иммунологические ис-

⁴ Только в случаях, когда оформление медицинской документации связано с оказанием медицинских услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы при заболеваниях/состояниях, указанных в разделе 2 Программы

⁵ За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

следования; клинико-морфологические (гистологические) исследования; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; онкогематологические 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 хирургической 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 понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонизирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; **под перевязочными средствами** понимаются медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

К медицинским расходным материалам относят 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.

Под изделиями для внутреннего протезирования понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы **под врачебной медицинской помощью** понимается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Под медицинской транспортировкой понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / 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 в 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 договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.2. По настоящей Программе установлены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) Страховщика:

- 3.2.1. по имплантации, необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования (подп. 1.9 п. 3.1.1 Программы) – не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;
- 3.2.2. по паллиативной медицинской помощи (подп. 3 п. 3.1.1 Программы) – не более 500 000 (пятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;
- 3.2.3. лимиты, установленные в п.п. 3.1.6 – 3.1.10 Программы для указанных в нем услуг;
- 3.2.4. иные лимиты по количеству дней/обращений, предусмотренные Разделом 3 настоящей Программы;
- 3.2.5. страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России для людей старшего поколения (65+)»;
- 3.2.6. после того, как стоимость всех организованных и/или оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России для людей старшего поколения (65+)», Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг.

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 услуг и иных услуг по поводу заболеваний, 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, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;
- 4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские и сервисные организации, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием, диагностированным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по риску «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России для людей старшего поколения (65+)», или диагностированного после окончания срока страхования по данному риску (в т.ч. досрочного);

4.1.7. направленных на установление факта наличия (диагностику) либо отсутствия заболевания, предусмотренного разделом 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 следующих медицинских услуг и иных услуг:

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

4.2.2. в связи с родовыми травмами и/или врождёнными пороками развития;

4.2.3. выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках настоящей Программы и в соответствии с ее условиями;

4.2.4. в связи с Вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или заболеваниями и состояниями, связанными с ВИЧ, включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), или любые их мутации, вариации или деривации;

4.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

4.2.6. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

4.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

4.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

4.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства, в том числе связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения.

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

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания, предусмотренного разделом 2 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе в письменной форме любыми доступными средствами (факс, электронная почта, письмо и т.д.) путем направления Страховщику соответствующего заявления (по установленной форме – если установлена).

5.2. Застрахованное лицо также обязано предоставить Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы (список требуемых документов может быть сокращен согласно п. 8.4 Правил страхования):

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;
- при обращении представителя Застрахованного лица - надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (предоставляется по требованию);
- договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам, привлекаемым Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования;
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если Страховщик/третьи лица, привлекаемые Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования, не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, медицинские документы (выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, результаты проведенных исследований и испытаний, заключение врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, трансплантолога и т. п.) с указанием диагноза, и другие медицинские документы, позволяющие установить дату диагностирования и установленный диагноз);
- надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

5.3. Страховщик (сервисная компания, если привлекается) проводит экспертизу полученных медицинских документов. В случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) вправе потребовать, а Застрахованное лицо обязано предоставить дополнительные документы (результаты повторных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов и т.п.), относящиеся к событию, имеющему признаки страхового случая. Также в случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) 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. После экспертизы полученных документов и информации (в том числе запрошенных дополнительно) Страховщик принимает решение о наличии/отсутствии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой.

5.4. После принятия решения о наличии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо может получить услуги, предусмотренные настоящей Программой (в том числе указанные в п. 3.1.2, 3.1.3 Программы).

5.5. После принятия решения о наличии оснований для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, Страховщик (сервисная компания, если привлекается) подбирает наиболее подходящее медицинское учреждение для лечения заболевания, предусмотренного разделом 2 настоящей Программы, и согласовывает место и программу лечения и иные услуги в рамках настоящей Программы с Застрахованным лицом (лицом, представляющим интересы Застрахованного лица).

5.6. После согласования Застрахованным лицом предлагаемого лечения и оказания иных услуг Страховщик (сервисная компания, если привлекается) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах лимитов ответственности Страховщика и в соответствии с иными условиями настоящей Программы.

5.7. Застрахованное лицо имеет возможность отказаться от оказания услуг, согласованных в соответствии с п.5.5 настоящей Программы, не менее чем за 15 рабочих дней до начала оказания услуг при условии, что у Страховщика не возникают расходы по оплате услуг полностью или частично. В таком случае Застрахованное лицо обязано уведомить Страховщика об отказе от оказания согласованных услуг не позднее указанного в настоящем пункте срока в письменной форме путем предоставления соответствующего уведомления лично Страховщику по адресу, указанному на официальном сайте Страховщика в

сети «Интернет», или путем направления такого уведомления на адрес электронной почты Страховщика, указанный на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

5.7.1. В случае, если у Страховщика возникли расходы в связи с отказом Застрахованного лица от оказания услуг, согласованных в соответствии п. 5.5 настоящей Программы, то такие услуги, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось, входят в объем предоставленных по настоящей Программе услуг и на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений).

5.7.2. При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которые были назначены Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг из числа согласованных в соответствии с п. 5.5 настоящей Программы, в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) для оказания таких услуг Застрахованному лицу.

5.8. При вызове врача-терапевта на дом (п. 3.1.2 Программы), Застрахованное лицо (или лицо, действующее в его интересах) обязано: сообщить точный, полный и существующий адрес для оказания услуг, предусмотренных п. 3.1.2 Программы, сотруднику соответствующей службы медицинского учреждения или работнику Страховщика (сервисной компании, если привлекается); находиться по указанному адресу в день (и время, если установлено), на который вызван врач-терапевт, а также принять оказание услуг врача-терапевта по его прибытию по адресу вызова.

В случаях: вызова врача-терапевта на дом по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, сотруднику соответствующей службы медицинского учреждения или работнику Страховщика (сервисной компании, если привлекается); отсутствия Застрахованного лица по указанному при вызове врача-терапевта на дом адресу в момент прибытия врача-терапевта в день, на который вызван врач-терапевт; отказа от услуг врача-терапевта по его прибытию на место вызова, - соответствующая услуга входит в объем предоставленных по настоящей Программе услуг и на ее стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений).

Раздел 6. Случаи возмещения Страхователем/Застрахованным лицом расходов Страховщика

6.1. Страховщик имеет право потребовать у Страхователя/Застрахованного лица, а Страхователь/Застрахованное лицо в случае предъявления такого требования обязан возместить Страховщику понесенные расходы по оплате следующих услуг:

6.1.1. вызов врача-терапевта на дом для лиц, не являющихся Застрахованными лицами по настоящей Программе;

6.1.2. вызов врача-терапевта на дом с целью получения плановых консультаций, направлений на плановые обследования, выписки рецептов на льготную категорию лекарственных препаратов, а также с целью закрытия листа нетрудоспособности;

6.1.3. вызов врача-терапевта на дом к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, в том числе с целью получения листа нетрудоспособности.

6.2. При неоплате Страхователем предъявленной суммы в течение 5 рабочих дней с момента получения счета, Страховщик вправе обратиться за взысканием понесенных расходов.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Второе экспертное медицинское мнение»¹

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке, объеме и в соответствии с иными условиями, указанными в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – Программа), а также в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования).

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены настоящей Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. **Врач-специалист** - специалист, имеющий высшее медицинское образование и получивший специальную подготовку по какой-либо области медицины, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

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

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

1.3.4. **Медицинская информация** - информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболеваний (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах, представленных Застрахованным лицом (в том числе, выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении) в целях предоставления второго экспертного медицинского мнения.

1.4.5. **Первичное медицинское заключение (первое медицинское мнение)** - заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза, выданное лечащим врачом или другими врачами-специалистами, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и

¹ Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в меньшем объеме, чем указан в настоящей Программе; может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), отличающиеся от указанных в настоящей Программе; могут быть изменены определения, а также условия и порядок оказания услуг.

лечении Застрахованного лица, на основании записей в медицинской документации либо по результатам медицинского обследования.

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. Страховщик вследствие наличия расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, в связи с которым вынесено первое медицинское мнение, организует оказание медицинских и иных услуг по получению Застрахованным лицом второго экспертного медицинского мнения о состоянии его здоровья в области медицины - онкология.

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

2.2. Второе экспертное медицинское мнение проводится врачами-специалистами, осуществляющими врачебную деятельность на территории России в соответствии с действующим законодательством, или зарубежными врачами-специалистами.

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

2.3.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения в порядке, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, в соответствии со следующими условиями:

2.3.1.1. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачом-специалистом, назначенным по выбору Страховщика (сервисной компании, если привлекается Страховщиком), по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в медицинских документах (в том числе в первом медицинском мнении), представленных Застрахованным лицом, без обязательного физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом-специалистом.

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

2.3.2. Предоставление Застрахованному лицу на территории Российской Федерации (территория страхования) сопутствующих медицинских услуг:

2.3.2.1. Проведение Застрахованному лицу лабораторных, инструментальных исследований, которые по мнению врача-специалиста, привлеченного Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) для составления второго экспертного медицинского мнения, необходимы в целях подготовки второго экспертного медицинского мнения.

2.3.2.2. Проведение Застрахованному лицу медицинских диагностических исследований, рекомендованных врачом-специалистом, подготовившим второе экспертное медицинское мнение, по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в медицинских документах (первое медицинское мнение), предоставленных Застрахованным лицом.

2.3.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.3.3.1. Услуги по выполнению перевода на иностранный язык медицинских документов, предоставленных Застрахованным лицом, в целях подготовки запроса на получение второго экспертного медицинского мнения и/или по выполнению перевода на русский язык полученного второго экспертного медицинского мнения.

2.3.3.2. Консультационные услуги в связи с заболеванием, в отношении которого Застрахованному лицу представляется второе экспертное 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;
- помощь при организации оказания Застрахованному лицу сопутствующих медицинских услуг, указанных в п. 2.3.2 настоящей Программы: организация трансфера, проживания, сопровождения в месте лечения (без оплаты стоимости билетов, трансфера, проживания, услуг по сопровождению).

2.4. По настоящей Программе установлены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) Страховщика:

2.4.1. по сопутствующим медицинским услугам, указанным в п.п. 2.3.2.1, 2.3.2.2 настоящей Программы – не более 30 000,00 (тридцати тысяч) рублей в течение срока страхования²;

2.4.2. максимальное количество обращений за получением второго экспертного медицинского мнения, предусмотренного настоящей Программой, - одно обращение в течение срока страхования;

2.4.3. страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Второе экспертное медицинское мнение»;

2.4.4. после того, как стоимость всех организованных и/или оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску «Второе экспертное медицинское мнение», Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг.

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

3.1. Услуги, предусмотренные п.п. 2.3.1 – 2.3.3 настоящей Программы, предоставляются в порядке предусмотренном настоящей Программой, а также, если иное не предусмотрено Договором страхования, в порядке, определяемом в информационных материалах и/или в материалах, содержащихся на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальных на момент обращения.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику по телефону, указанному на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», и предоставить следующие сведения/документы (список требуемых документов может быть сокращен согласно п. 8.4 Правил страхования):

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;
- при обращении представителя Застрахованного лица – надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя;
- договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам, привлекаемым Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования;
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если Страховщик/третьи лица, привлекаемые Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования, не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- медицинские документы (выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, результаты проведенных исследований и испытаний, заключение врача-специалиста в предметной области

² Везде по тексту настоящей программы, где упоминается срок страхования, имеется в виду срок страхования по страховому риску «Второе экспертное медицинское мнение».

с указанием диагноза, и другие медицинские документы, позволяющие установить дату диагностирования и установленный диагноз);

- надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- предусмотренные п. 3.4 настоящей Программы;
- предусмотренные в материалах, указанных выше в п.3.1 Программы (если предусмотрены).

3.3. Услуги, указанные выше в пп. 2.3.1, 2.3.3 Программы, предоставляются дистанционно с использованием технических средств связи.

3.4. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.3.1 Программы, Страховщик (сервисная компания, если привлекается) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации на официальном сайте Страховщика/сервисной компании) о том, какие документы, включая медицинскую информацию (медицинские документы) необходимо представить для получения второго экспертного медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховщика (сервисной компании, если привлекается) имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте) для уточнения предоставленной информации и/или получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для получения второго экспертного медицинского мнения.

3.5. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.3.2 Программы, Страховщик и/или сервисная компания (если привлекается) организует проведение рекомендованного врачом-специалистом, привлеченного для подготовки второго экспертного медицинского мнения, медицинское диагностическое обследование в медицинских организациях, определенных Страховщиком и/или сервисной компанией (если привлекается).

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

3.6.1. услуги, предусмотренные п. 2.3.1 настоящей Программы, – не позднее 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации/документов, предусмотренных в п.п. 3.2, 3.4 настоящей Программы, кроме случаев, указанных в п. 3.6.2 настоящей Программы;

3.6.2. услуги, предусмотренные п. 2.3.1 настоящей Программы, могут быть оказаны в срок до 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом необходимой медицинской информации/документов, предусмотренных в п.п. 3.2, 3.4 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго экспертного медицинского мнения;

3.6.3. услуги, предусмотренные п. 2.3.2 настоящей Программы, – не позднее 20 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица к Страховщику (в сервисную компанию, если привлекается) за организацией оказания соответствующих услуг (при условии предоставления Застрахованным лицом всей информации/документов, предусмотренных настоящей Программой, и наличия соответствующих рекомендаций врача-специалиста, привлеченного для подготовки второго экспертного медицинского мнения);

3.6.4. услуги, предусмотренные п. 2.3.3 настоящей Программы, – не позднее 10 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица к Страховщику (в сервисную компанию, если привлекается) за организацией оказания соответствующих услуг (при условии предоставления Застрахованным лицом всей информации/документов, предусмотренных настоящей Программой).

3.7. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.3.2 Программы, не менее чем за 24 часа до начала их оказания.

3.7.1. услуги, предусмотренные п. 2.3.2 Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 24 часа до начала их оказания, входят в объем предоставленных по настоящей Программе услуг, на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений) (в случае, если у Страховщика возникли расходы в связи с отказом Застрахованного лица от оказания услуг);

3.7.2. под началом оказания услуг из числа предусмотренных в п. 2.3.2 настоящей Программы понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией) в соответствии с п. 3.5 настоящей Программы, которые были назначены Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

Раздел 4. Исключения из страхования

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

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

4.1.2. Обращение за оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, 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 Программой страхования.

4.1.3. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в области онкологии, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение).

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

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ЧЕК-АП» стандартная¹**

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке, объеме и в соответствии с иными условиями, указанными в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – Программа), а также в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования).

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их и предусмотренных настоящей Программой, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены настоящей Программой, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу амбулаторно на территории Российской Федерации (территория страхования).

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят следующие услуги:

2.1.1. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

	Программы	
	для женщин	для мужчин
Услуги лаборатории	Взятие крови из вены	Взятие крови из вены
Лабораторные исследования	- Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) - Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) - Цитологическое исследование соскобов шейки матки и цервикального канала методом жидкостной цитологии	- Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) - Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) - Исследование уровня простатспецифического антигена общего (ПСА общий) в крови - Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка)

¹ Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в меньшем объеме, чем указан в настоящей Программе; может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), отличающиеся от указанных в настоящей Программе; могут быть изменены определения, а также условия и порядок оказания услуг.

	Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка)	
Диагностические исследования	- УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и регионарных лимфоузлов - УЗИ молочных желез и регионарных лимфоузлов (аксиллярные, над- и подключичные) (проводится женщинам до 30 лет)² - Маммография в двух стандартных проекциях (двух молочных желез) (проводится женщинам после 30 лет и до 30 лет - по результатам УЗИ)²	- УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и регионарных лимфоузлов - Рентгенография органов грудной клетки (в 2-х проекциях)

2.1.2. Консультация врача:

для женщин	для мужчин
- Первичный прием врача-терапевта - Первичный прием врача-акушера-гинеколога - Повторный прием врача-терапевта - Первичный прием врача-онколога (по направлению врача-терапевта)	- Первичный прием врача-терапевта - Первичный прием врача-уролога - Повторный прием врача-терапевта - Первичный прием врача-онколога (по направлению врача-терапевта)

2.1.3. Предоставление Застрахованному лицу результатов исследований, выполненных в соответствии с п. 2.1.1 Программы, а также медицинского заключения врачей-специалистов по результатам консультаций, проведенных в соответствии с п. 2.1.2 настоящей Программы.

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

2.2.1. страховые выплаты не могут превышать размер страховой суммы, установленный Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Чек-ап в стандартном объеме»;

2.2.2. после того, как стоимость всех организованных и/или оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску «Чек-ап в стандартном объеме», Страховщик не организует оказание медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

2.2.3. максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными Разделом 2 Программы, - одно обращение в течение срока страхования³.

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

3.1. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, предоставляются в порядке предусмотренном настоящей Программой, а также, если иное не предусмотрено Договором страхования, в порядке, определяемом в информационных материалах и/или в материалах, содержащихся на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальных на момент обращения.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику по телефону, указанному на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», и предоставить следующие сведения/документы (список требуемых документов может быть сокращен согласно п. 8.4 Правил страхования):

² Исследование проводится женщинам на 5-10 день цикла.

³ Везде по тексту настоящей программы, где упоминается срок страхования, имеется в виду срок страхования по страховому риску «Чек-ап в стандартном объеме».

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;
- при обращении представителя Застрахованного лица – надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя;
- договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам, привлекаемым Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования;
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если Страховщик/третьи лица, привлекаемые Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования, не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- предусмотренные в материалах, указанных выше в п.3.1 Программы (если предусмотрены).

3.3. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в медицинских организациях, определенных Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается). Страховщик (сервисная компания, если привлекается) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации на официальном сайте Страховщика/сервисной компании) о медицинских организациях, в которых оказываются услуги, предусмотренные настоящей Программой.

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

3.4.1. услуги, предусмотренные пп. 2.1.1, 2.1.2 настоящей Программы, оказываются в срок не позднее 14 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (при условии предоставления Застрахованным лицом всей информации/документов, предусмотренных настоящей Программой);

3.4.2. медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам проведенного медицинского исследования, консультаций врачей-специалистов передаются Застрахованному лицу в срок не позднее 48 часов с момента оказания Застрахованному лицу данных услуг.

3.5. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.1.1, 2.1.2 Программы, не менее чем за 24 часа до начала их оказания:

3.5.1. услуги, предусмотренные п. 2.1.1, 2.1.2 Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 24 часа до начала их оказания, входят в объем предоставленных по настоящей Программе услуг, на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений) (в случае, если у Страховщика возникли расходы в связи с отказом Застрахованного лица от оказания услуг);

3.5.2. под началом оказания услуг из числа предусмотренных в п. 2.1.1, 2.1.2 настоящей Программы понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией), которые были назначены Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

Раздел 4. Исключения из страхования

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

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

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

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

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ЧЕК-АП» расширенная¹**

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке, объеме и в соответствии с иными условиями, указанными в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – Программа), а также в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами комбинированного страхования № 0061.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования).

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их и предусмотренных настоящей Программой, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены настоящей Программой, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу амбулаторно или стационарно (по выбору Застрахованного лица) на территории Российской Федерации (территория страхования).

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят следующие услуги:

2.1.1. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

	Программы	
	для женщин	для мужчин
Услуги лаборатории	Взятие крови из вены	Взятие крови из вены
Лабораторные исследования	- Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) - Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) - СА-125 (Углеводный антиген 125) - СА-19-9 (Углеводный антиген 19-9) - Цитологическое исследование соскобов шейки матки и	- Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) - Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) - Простатспецифический антиген общий (ПСА общий) - Простатспецифический антиген общий (ПСА свободный)

¹ Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в меньшем объеме, чем указан в настоящей Программе; может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), отличающиеся от указанных в настоящей Программе; могут быть изменены определения, а также условия и порядок оказания услуг.

	цервикального канала методом жидкостной цитологии • Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка)	• СА-19-9 (Углеводный антиген 19-9) • Альфа-фетопротеин (АФП) • СА-72-4 (Углеводный антиген 72-4) • Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка)
Диагностические исследования	• УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, селезенка) • УЗИ почек, надпочечников и забрюшинного пространства • УЗИ молочных желез и регионарных лимфоузлов (аксиллярные, над- и подключичные) (проводится женщинам до 30 лет) ² • Маммография в двух стандартных проекциях (двух молочных желез) (проводится женщинам после 30 лет и до 30 лет - по результатам УЗИ) ²	• УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, селезенка) • УЗИ почек, надпочечников и забрюшинного пространства • Рентгенография органов грудной клетки (в 2-х проекциях)

2.1.2. Консультация врача:

для женщин	для мужчин
• Первичный прием врача-терапевта • Первичный прием врача-акушера-гинеколога • Первичный прием врача-маммолога-онколога • Повторный прием врача-терапевта	• Первичный прием врача-терапевта • Первичный прием врача-уролога • Первичный прием врача-онколога-дерматолога (по назначению врача-терапевта) • Повторный прием врача-терапевта

2.1.3. Предоставление Застрахованному лицу результатов исследований, выполненных в соответствии с п. 2.1.1 Программы, а также медицинского заключения врачей-специалистов по результатам консультаций, проведенных в соответствии с п. 2.1.2 настоящей Программы.

2.1.4. В рамках настоящей Программы также предоставляются следующие услуги:

Услуги³	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
Размещение (включая питание) в 2-х, 3-х местной палате стационара	на время прохождения Чек-ап и не более 2-х календарных дней

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

2.2.1 страховые выплаты не могут превышать размер страховой суммы, установленный Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Чек-ап в расширенном объеме»;

2.2.2 после того, как стоимость всех организованных и/или оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску «Чек-ап в расширенном объеме», Страховщик не организует оказание медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

2.2.3 максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными Разделом 2 Программы, - одно обращение в течение срока страхования⁴;

² Исследование проводится женщинам на 5-10 день цикла.

³ Страховщик организует и оплачивает услуги, предусмотренные в п. 2.1.4 Программы, если услуги, предусмотренные настоящей Программой, предоставляются Застрахованному лицу в условиях стационара.

⁴ Везде по тексту настоящей программы, где упоминается срок страхования, имеется в виду срок страхования по страховому риску «Чек-ап в расширенном объеме».

2.2.4 лимиты ответственности, указанные в п. 2.1.4 Программы.

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

3.1. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, предоставляются в порядке предусмотренном настоящей Программой, а также, если иное не предусмотрено Договором страхования, в порядке, определяемом в информационных материалах и/или в материалах, содержащихся на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальных на момент обращения.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику по телефону, указанному на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», и предоставить следующие сведения/документы (список требуемых документов может быть сокращен согласно п. 8.4 Правил страхования):

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;
- при обращении представителя Застрахованного лица – надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя;
- договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам, привлекаемым Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования;
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если Страховщик/третьи лица, привлекаемые Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) с целью организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой/Договором страхования, не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- предусмотренные в материалах, указанных выше в п.3.1 Программы (если предусмотрены).

3.3. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в медицинских организациях, определенных Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается). Страховщик (сервисная компания, если привлекается) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации на официальном сайте Страховщика/сервисной компании) о медицинских организациях, в которых оказываются услуги, предусмотренные настоящей Программой.

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

3.4.1. услуги, предусмотренные п. 2.1.1 - 2.1.2 настоящей Программы, оказываются в срок не позднее 14 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (при условии предоставления Застрахованным лицом всей информации/документов, предусмотренных настоящей Программой);

3.4.2. медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам проведенного медицинского исследования, консультаций врачей-специалистов передаются Застрахованному лицу в срок не позднее 48 часов с момента оказания Застрахованному лицу данных услуг.

3.5. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.1.1 - 2.1.4 Программы, не менее чем за 48 часов до начала их оказания:

3.5.1. услуги, предусмотренные п. 2.1.1 - 2.1.4 Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 48 часов до начала их оказания, входят в объем предоставленных по настоящей Программе услуг, на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений) (в случае, если у Страховщика возникли расходы в связи с отказом Застрахованного лица от оказания услуг);

3.5.2. под началом оказания услуг из числа предусмотренных в п. 2.1.1, 2.1.2, 2.1.4 настоящей Программы понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией), которые были назначены Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

Раздел 4. Исключения из страхования

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

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

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

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