

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от «28» февраля 2017 года № 03-01-01-01/02а

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ № 0041а.СЛ.05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0041а.СЛ.05.00 (далее по тексту – «Правила страхования») Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «Договор(ы) страхования») со Страхователями.

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

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в т.ч. Приложений к Правилам).

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:

1.4.1. **Врач** - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, практикующий в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства.

1.4.2. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказанием и оказанием медицинских услуг, в частности, услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), 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.

1.4.3. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты в пределах страховой суммы, установленный Правилами страхования и(или) Договором страхования (в т.ч. в Программе добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования). Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней и т.п.) в том числе по отдельным видам медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям.

1.4.4. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение.

1.4.5. **Программа добровольного медицинского страхования** – документ, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, а также порядок их оказания.

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

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

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

1.5. Под медицинскими и иными организациями в настоящих Правилах страхования понимаются:

1.5.1. юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – «медицинские организации»);

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

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

1.6. Под **территорией страхования** в настоящих Правилах страхования понимаются географические зоны и (или) отдельные государства на территории, которых находятся медицинские и иные организации, в которых Застрахованному лицу могут быть оказаны медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой добровольного страхования. Территория страхования указывается в Договоре страхования (в т.ч. в Программе добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования).

Страховщик не организует оказание медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий за пределами территории страхования и (или) не оплачивает такие услуги и профилактические мероприятия, если иное не предусмотрено Договором страхования (в т.ч. Программой добровольного медицинского страхования).

2. Объект страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в Договоре страхования.

2.2. Страхователь - дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

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

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

В рамках действия настоящих Правил Договор страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении физических лиц, которые не относятся к нижеследующей (-им) категории (-ям):

2.4.1. физические лица в возрасте 74 (Семьдесят четыре) года и более на дату вступления Договора страхования в силу;

2.4.2. иные физические лица по решению Страховщика по итогам оценки страховых рисков.

2.5. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.4 настоящих Правил.

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

2.6. Договор страхования заключается в пользу Застрахованного лица.

3. Страховой риск. Страховой случай

3.1. Страховым риском по настоящим Правилам страхования является риск обращения Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинские и иные организации для организации и оказания предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования медицинских услуг и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также для проведения предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

3.2. Страховым случаем по настоящим Правилам страхования с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и (или) Договором страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинские и иные организации для организации и оказания предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования медицинских услуг и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также для проведения предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации и оказанию таких услуг и мероприятий, и их оплате.

3.3. Объем медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, оплачиваемых Страховщиком или оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, предусматривается в Программе добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования и являющейся его неотъемлемой частью.

3.4. По настоящим Правилам страхования Договор страхования может быть заключен на условиях Программы добровольного медицинского страхования (Приложение № 1 к настоящим Правилам страхования).

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

3.5. Датой наступления страхового случая признается дата обращения Застрахованного лица в медицинскую и иную организацию для организации и оказания медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования.

3.6. По настоящим Правилам страхования не признаются страховыми случаями и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

3.6.1. обращение Застрахованного лица для оказания медицинских и иных услуг и (или) проведения профилактических мероприятий, не предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования;

3.6.2. обращение за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий, предусмотренных Программой добровольного страхования, лица, не являющегося 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 добровольного медицинского страхования;

3.6.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, в том числе приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

3.6.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию или другие подобное изменения, за исключением случаев, когда диагноз СПИД или ВИЧ, впервые установлен Застрахованному лицу в течение срока действия Договора страхования;

3.6.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с беременностью, осложнениями беременности, прерыванием беременности (кроме случаев прерывания беременности по медицинским показаниям), родовспоможением, кесаревым сечением, оплодотворением и/или лечением бесплодия, добровольной стерилизацией;

3.6.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне (при условии членства в профессиональных спортивных клубах или организациях);

3.6.7. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

3.6.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи заболеванием, имевшимся у него до даты заключения Договора страхования, или несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний и (или) несчастного случая при заключении Договора страхования;

3.6.9. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

3.6.10. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.6.11. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом преступления, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

3.6.12. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства.

3.7. По настоящим Правилам страхования не признаются страховыми случаями и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием следующих медицинских и иных услуг:

3.7.1. медицинские услуги, выполняемые в эстетических и (или) косметических целях (включая, но не ограничиваясь, операции по коррекции зрения, бариатрические операции, в том числе, операции связанные с ушиванием желудка или кишечника), кроме операций по реконструкции органов после хирургического лечения по медицинским показаниям (молочная железа, язык и др.);

3.7.2. консультации, диагностика, лечение импотенции, нарушений сексуальной функции;

3.7.3. медицинские услуги, связанные с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных Хельсинкской комиссией и/или другими профильными объединениями/организациями, заменяющими Хельсинкскую комиссию;

3.7.4. услуги по организации проезда и проезд до места оказания медицинских услуг и обратно, а также по организации проживания в месте оказания медицинских услуг, кроме случаев когда предоставление таких услуг прямо предусмотрено Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования;

3.7.5. медицинские и иные услуги, предоставляемые Застрахованному лицу в санаториях, на курортах, в СПА-центрах, в домах престарелых.

3.7.6. детоксикационные программы, включая лекарственное, немедикаментозное и иное лечение токсикомании, наркотической и алкогольной зависимости проводимые в специализированных медицинских организациях (центрах);

3.7.7. хирургические операции по трансплантации органов, в случаях:

3.7.7.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования

3.7.7.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;

3.7.7.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

3.7.7.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

3.7.7.5. если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками.

3.8. По соглашению между Страхователем и Страховщиком Договором страхования (в том числе в Программе добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования) может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п.п. 3.6 – 3.7 настоящих Правил страхования, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными исключениями из страхования. Также при заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении оснований освобождения Страховщика от страховой выплаты, указанных в п.п. 8.13.2 – 8.13.3 настоящих Правил страхования.

4. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия.

4.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем отдельно на каждое Застрахованное лицо (если Договор страхования заключается в отношении двух и более Застрахованных лиц) и указывается в Договоре страхования.

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

4.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая сумма является постоянной в течение всего срока действия Договора страхования, т.е. не уменьшается на размер осуществленной страховой выплаты.

4.4. 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 по конкретному Договору страхования устанавливается на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных на один год страхования.

При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, возраста, профессии (сферы деятельности) и состояния здоровья Застрахованного лица, перечня исключений из страхования, объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий) и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

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

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

4.6. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и (или) сроков оплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате в рассрочку) при неоплате страховой премии (первого страхового взноса при оплате в рассрочку) в полном объеме и до истечения срока, указанного в Договоре страхования, 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 «при страховании в эквиваленте» возврату подлежит сумма, уплаченная Страхователем в российских рублях.

4.7. При оплате страховой премии в рассрочку в случае неуплаты очередного (второго и последующего) страхового взноса в полном размере в срок, установленный в Договоре страхования, действие Договора прекращается со дня следующего за датой, установленной Договором страхования для оплаты такого страхового взноса.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страхового взноса.

4.8. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) (при оплате страховой премии в рассрочку) и(или) о факте прекращения Договора страхования по основанию, указанному в п. 7.1.2 настоящих Правил страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, указанным в п. 5.9 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

4.9. Датой оплаты страховой премии (страхового взноса) является при безналичных формах расчетов дата зачисления денежных средств на указанный в Договоре страхования расчетный счет Страховщика, при наличных формах расчетов – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

5. Порядок заключения, оформления и исполнения Договора страхования

5.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя путем составления и подписания Страховщиком и Страхователем одного документа по разработанной Страховщиком форме (далее и выше по тексту именуется - «Договор страхования»).

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

5.2.1. Письменное Заявление (включая приложения и дополнения к нему (при наличии)) по установленной Страховщиком форме.

5.2.2. Сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя/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 в п. 5.3 настоящих Правил.

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

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

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

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 (в т.ч. об изменении веса), индекс массы тела, рост, артериальное давление;

- сведения о диспансерном учете;

- сведения о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах/госпитализации/сведения, связанные с беременностью (для женщин) / сведения о посещении психолога и (или) психиатра);

- сведения 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, работа со взрывчатыми веществами, работа на высоте свыше 1,5 метра, в водной акватории, под водой, работа под землей, промышленный альпинизм, работа пожарным);

- сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии наркозависимости, о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере), сведения о нахождении под следствием и (или) привлечении к уголовной ответственности, сведения о длительных поездках за пределы страны, в которой Застрахованное лицо преимущественно или постоянно проживает;

- сведения о принимаемых Застрахованным лицом лекарственных препаратах;

- 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 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;

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. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Согласно настоящим Правилам страхования к таким обстоятельствам относятся сведения, указанные в п. 5.3 Правил страхования.

5.5. 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 лицом, имеющим намерение заключить Договор страхования/ потенциальным Застрахованным лицом.

5.6. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 5.3 настоящих Правил страхования, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

5.7. Если лицом, имеющим намерение заключить Договор страхования/ потенциальным Застрахованным лицом, 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 лицо, имеющее намерение заключить Договор страхования.

5.8. При наличии согласия Страхователя, подписание Страховщиком Договора страхования с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.

При наличии согласия Страхователя, 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 со стороны Страховщика.

5.9. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в Договоре страхования или в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления 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 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.

5.10. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами страхования.

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

5.10.1. размер / порядок оплаты страховой премии / страховых взносов;

5.10.2. размер страховой суммы;

5.10.3. срок страхования;

5.10.4. изменение перечня исключений из страхования;

5.10.5. изменение условий страхования в связи с увеличением страхового риска (п. 5.12 Правил страхования).

5.11. 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.

5.12. Если в период действия Договора страхования Страховщик получит уведомление Страхователя об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. При этом, Страхователь должен приложить к уведомлению документы согласно п. 5.2 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе руководствоваться п. 5.3 и п. 5.5 Правил страхования.

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 занятиях спортом на профессиональном уровне (при условии членства в признанных спортивных клубах или организациях); перемещение Застрахованного лица в зоны: военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; гражданской войны; аварий, техногенных и/или природных катастроф, в связи с которой объявлен режим зоны чрезвычайного положения (ситуации, бедствия).

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

5.13. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании составленного Страхователем в свободной форме письменного заявления выдает ему дубликат Договора страхования, после чего утраченный Договор страхования считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

6. Срок действия Договора страхования

6.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования. Срок действия Договора страхования устанавливается посредством указания даты вступления Договора страхования в силу и даты окончания действия Договора страхования или посредством указания периода времени.

6.2. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии в размере и в срок, установленные Договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен Договором страхования.

6.3. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

7. Прекращение Договора страхования

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

7.1.1. при истечении срока его действия – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в Договоре страхования, как дата окончания его действия;

7.1.2. при неоплате (в т.ч. оплате не в полном размере) очередного страхового взноса. При этом Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой, установленной Договором страхования для оплаты такого страхового взноса.

Досрочное прекращение Договора страхования в связи неоплатой очередного страхового взноса не освобождает Страхователя от обязанности оплатить часть страховой премии за период в течение которого действовало страхование.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховых взносов.

7.1.3. при выполнении Страховщиком своих обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме (в случае если Договором страхования предусмотрено, что страховая сумма уменьшается на размер произведенной страховой выплаты).

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;

7.1.5. по соглашению Сторон;

7.1.6. при отказе Страхователя от Договора страхования.

7.1.6.1. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай (в соответствии с п. 7.1.4 Правил страхования). При этом Договор страхования прекращается на 11 (одиннадцатый) рабочий день со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, кроме случая указанного в п. 7.1.6.2 Правил страхования.

7.1.6.2. Страхователь - физическое лицо, имеет право отказаться от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. При этом Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя, указанного в п. 7.6.1 Правил страхования, или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не может быть позднее чем 5(пять) рабочих дней со дня заключения такого Договора страхования.

7.2. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с п. 7.1.5 настоящих Правил страхования (если Стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.3. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному п. 7.1.4 настоящих Правил страхования, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал Договор страхования;

7.4. В случае одностороннего отказа Страхователя от Договора страхования:

7.4.1. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования после его вступления в силу, в случае предусмотренном в п. 7.1.6.1 настоящих Правил страхования, Страховщик возвращает часть страховой премии, пропорционально не истекшему времени действия Договора страхования, за вычетом понесенных Страховщиком расходов на ведение дела, согласно утвержденной Страховщиком структуре тарифной ставки, если иное не предусмотрено Договором страхования;

7.4.2. В случае одностороннего отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования согласно п. 7.1.6.2 настоящих Правил страхования, когда он отказался от Договора страхования после

даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, и производит возврат в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

7.5. 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 страховая премия установлена в эквиваленте иностранной валюты, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

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 подлежащую возврату часть страховой премии (если полагается возврат), получает иное лицо, чем 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 п. 7.1.4 настоящих Правил страхования, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных законодательством обстоятельств.

8. Страховые выплаты. Основания отказа в страховой выплате

8.1. По настоящим Правилам страхования размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых и оплачиваемых в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования).

Если настоящими Правилами страхования и (или) Договором страхования (в т.ч. Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования) установлены лимиты ответственности, то страховая выплата осуществляется в пределах установленных лимитов ответственности и не может их превышать.

8.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая сумма, установленная по Договору страхования в отношении конкретного Застрахованного лица, является лимитом ответственности (лимитом страхового обязательства) по всем страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом в течение каждого года действия страхования, обусловленного Договором страхования.

8.3. По настоящим Правилам Страховщик в счет страховой выплаты может организовать оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования, и производит оплату таких услуг.

В таком случае организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением медицинских и иных организаций (в т.ч. сервисных компаний) с последующей оплатой организованных и оказанных ими медицинских и иных услуг, на основании документов, предоставленных такими медицинскими и иными организациями : смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

Медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования, оказывается Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора страхования и качество таких услуг.

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

8.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг:

8.4.1. до окончания срока действия Договора страхования (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в п.п. 8.4.2, 8.4.3 настоящих Правил страхования;

8.4.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими и иными услугами в медицинские организации или сервисные компании, из числа предусмотренных в Договоре страхования и (или) согласованных со Страховщиком, произошло в течение срока действия Договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате определенных медицинских и иных услуг в порядке предусмотренном в п. 8.3 настоящих Правил страхования, но на дату окончания срока действия Договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

8.4.3. до момента окончания посмертной репатриации останков Застрахованного лица - в случае если смерть Застрахованного наступила после окончания срока действия Договора страхования, но во время оказания ему медицинских услуг, указанных в подп. 8.4.2 настоящих Правил страхования, и Страховщик до окончания срока действия Договора страхования в порядке, предусмотренном в п. 8.3 настоящих Правил страхования, принял на себя обязательства по организации и оплате обратного проезда Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

8.5. В случае самостоятельной оплаты Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) для принятия решения Страховщиком об осуществлении страховой выплаты и ее размере или об отказе в страховой выплате должно документально подтвердить наличие события, обладающего признаками страхового случая, и размер затрат на оплату медицинских и иных услуг, оказанных ему в соответствии с Договором страхования, в связи с чем, в течение 60 (шестидесяти) дней со дня оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, предоставляет Страховщику:

8.5.1. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрено);

8.5.2. документ, удостоверяющий личность заявителя, и (или) подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака);

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

8.5.4. дополнительные документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (если применимо). Наиболее распространенными в этой связи документами могут быть свидетельство о праве на наследство (для наследника), справка от нотариуса в производстве которого находится наследственное дело, содержащая информацию о лицах, являющихся наследниками, с указанием всего круга всех наследников (для подтверждения статуса наследников);

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

8.5.6. 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);

8.5.7. заключение врача и (или) иной медицинский документ, содержащий установленный Застрахованному лицу диагноз, потребовавший оказание медицинских и иных услуг, анамнез заболевания и результаты лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований (включая, при необходимости, гистологические стекла и диски радиологических исследований), дополнительных методов исследования, проведенных Застрахованному лицу;

8.5.8. медицинский документ об отсутствии обращений Застрахованного лица за последние 5 (пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного лица (при диагностировании онкологического заболевания), а также выписку из амбулаторной карты Застрахованного лица и (или) онкологического диспансера.

8.5.9. документы, оформленные в соответствии с законодательством страны, в которой медицинские услуги были оказаны Застрахованному лицу, подтверждающие факт обращения Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, с указанием даты обращения, наименования медицинской организации, в которую Застрахованное лицо обратилось, причины обращения, данных исследований, диагноза, срока лечения (в т.ч. медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и (или) выписки из них, договоры на оказание медицинских услуг Застрахованному лицу, заключение (рецепт) о назначении Застрахованному лицу лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения);

8.5.10. лицензия, сертификат или иной разрешительный документ, подтверждающий право медицинской организации (врача), которой Застрахованному лицу были оказаны медицинские и иные услуги, на осуществление медицинской деятельности или право организации, осуществляющей фармацевтическую деятельность, в которой Застрахованное лицо приобрело лекарственные препараты и (или) изделия медицинского назначения, на осуществление такой деятельности, если в соответствии с требованиями действующего законодательства для осуществления медицинской или фармацевтической деятельности необходимо наличие такого разрешительного документа.

8.5.11. документы, оформленные в соответствии с законодательством страны, в которой медицинские услуги были оказаны Застрахованному лицу, содержащие информацию об обстоятельствах в результате которых наступило расстройство здоровья Застрахованного лица, повлекшее обращение за оказанием медицинских услуг (в т.ч. документы из правоохранительных и иных компетентных органов, если расстройство здоровья наступило во время или в результате совершения Застрахованным лицом преступления и (или) во время участия в военных действиях, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, акты химического-токсикологического исследования, акты медицинского освидетельствования и иные документы, содержащие информацию о наличии/отсутствии у Застрахованного лица алкогольного, наркотического или токсического опьянения, если обращение Застрахованного лица за медицинской помощью произошло в результате дорожно-транспортного происшествия);

8.5.12. документы, содержащие информацию об оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услугах (с указанием наименования, количества, дат оказания и стоимости таких услуг), оформленные в соответствии с законодательством страны, в которой такие услуги были оказаны Застрахованному лицу;

8.5.13. документы, подтверждающие оплату оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, проведенных профилактических мероприятий, приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (в том числе платежные поручения, кассовые и товарные чеки).

8.6. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п.п. 8.5.4 – 8.5.13 настоящих Правил страхования, 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 Застрахованное лицо (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 заверенного перевода документа.

8.7. 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.

8.8. Указанный в п. 8.5 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.

Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) также обязано предоставить по требованию Страховщика документы, указанные в п.п. 8.5.1 – 8.5.3, п.п. 8.5.7 – 8.5.8 настоящих Правил страхования, для принятия решения Страховщиком об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате в том числе, если при наступлении страхового случая страховая выплата будет производиться в порядке, предусмотренном в п. 8.3 настоящих Правил страхования.

Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 8.5 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

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

8.10. В течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) Страховщик принимает решение о страховой выплате случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате или об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем.

8.11. Решение о страховой выплате принимается Страховщиком путем утверждения им страхового акта.

В случае принятия решения о страховой выплате страховая выплата производится единовременно в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения путем безналичного перечисления денежных средств или иным способом по согласованию Сторон.

8.12. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с обоснованием отказа.

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

8.13.1. умысла Страхователя (Застрахованного лица);

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

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

8.14. Страховщик отказывается в страховой выплате по следующим основаниям:

8.14.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования (раздел 3 Правил страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования);

8.14.2. если сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства), установленный в настоящих Правилах и (или) в Договоре страхования (в т.ч. в Программе добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования) Страховщик отказывается от страховой выплаты в части превышающий лимит ответственности (лимит страхового обязательства);

8.14.3. событие произошло не в течение срока действия Договора страхования;

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

9. Права и обязанности

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, по требованиям Страхователей, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования;

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

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

9.1.4. предоставить Страхователю информацию о лицензии Страховщика, контактах (место нахождения, телефон/факс) и режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация.

9.2. Страховщик имеет право:

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

9.2.2. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

9.2.3. уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного(ых) страхового(ых) взноса(ов) (в т.ч. посредством смс-рассылок);

9.2.4. осуществлять контроль и оценку качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления в любой форме и любым способом по усмотрению Страховщика;

9.2.5. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (п. 5.12 Правил), вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в п.5.12 Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

9.2.6. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

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

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

9.3.3. незамедлительно уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования (кроме изменений, предусмотренных п. 5.12 Правил страхования). При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

9.3.4. уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п. 5.12 настоящих Правил страхования. Указанное в настоящем подпункте уведомление (с приложениями (если предусмотрены)) подлежит направлению в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом, Стороны могут согласовать иные сроки представления уведомления (приложений к нему);

9.3.5. в случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом, любым доступным способом довести до сведения Застрахованного лица информацию о Договоре страхования, а также сведения о Страховщике: реквизиты лицензии, подтверждающей право Страховщика осуществлять страхование, сведения о режиме работы Страховщика, сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет».

9.4. Страхователь имеет право:

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

9.4.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений положений, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и Договоре страхования;

9.4.3. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты;

9.4.4. отказаться от Договора страхования, уведомив об этом Страховщика;

9.4.5. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

9.4.6. требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных услуг, определенных Программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая;

9.4.7. обратиться к Страховщику в течение срока действия Договора страхования с целью изменения условий Договора страхования (в т.ч. в изменения объема медицинских и иных услуг, предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования, размера страховой суммы, срока действия Договора страхования, изменения территории страхования).

9.5. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) имеет право:

9.5.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования;

9.5.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений положений, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и Договоре страхования;

9.5.3. при наступлении страхового случая требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программы добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования) или осуществления страховой выплаты в порядке, предусмотренном п. 8.5 настоящих Правил страхования;

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

9.6. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязано:

9.6.1. при заключении Договора страхования по требованию Страховщика пройти медицинский осмотр/обследование в медицинской организации по выбору Страховщика;

9.6.2. не передавать Договор страхования, а также карточку Застрахованного лица, содержащую информацию о Договоре страхования, пропуск в медицинские организации (если оформлялись) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования;

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

9.6.4. в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной Договором страхования обратиться к Страховщику или в сервисную компанию, указанную в Договоре страхования (в т.ч. в Приложениях к нему) или непосредственно в медицинскую организацию (в случае, если такие медицинские организации указаны в Договоре страхования (в т.ч. в Приложениях к нему), а также предоставить по требованию Страховщика документы, указанные в п.п. 8.5.1 – 8.5.3, п.п. 8.5.7 – 8.5.8 настоящих Правил страхования.

9.6.5. в случае самостоятельного получения и оплаты Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования, в течение 60 (шестидесяти) дней со дня оказания ему таких медицинских и иных услуг, уведомить об этом Страховщика и предоставить документы, указанные в п. 8.5 настоящих Правил страхования.

9.7. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны, Застрахованное лицо имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами страхования и(или) действующим законодательством Российской Федерации. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон, Застрахованного лица, не противоречащие законодательству.

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

10. Порядок разрешения споров

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

11. Персональные данные

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

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

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

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

11.1.3. для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика;

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

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

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

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

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Раздел 1. Общие положения

Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – «Программа») при соблюдении всех положений, определений, исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования № 0041а.СЛ.05.00, утвержденными Приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» № 03-01-01-01/02а от 28.02.2017, и Договором добровольного медицинского страхования № _____ от _____ (далее – «Договор страхования»), в том числе, настоящей Программой.

Раздел 2. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг

Стационарная помощь:

- Врачебная медицинская помощь, обследование и лечение, включая патологоанатомические, радиологические методы, а также КТ, ЯМРТ, ПЭТ;
- Квалифицированный сестринский уход согласно назначениям врача;
- Оперативное вмешательство, интенсивная терапия, лабораторная диагностика, включая сопутствующие расходы;
- Хирургическое лечение (включая хирургическое лечение в дневном стационаре);
- Лекарственные средства и перевязочный материал;
- Немедикаментозное лечение/физиотерапия, включая массаж;
- Медицинские приборы и устройства, включая их обслуживание и ремонт
- Диагностирование и лечение онкологических заболеваний (злокачественных новообразований): в том числе, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия, радиоизотопная диагностика и лечение, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты и прочее;
- Лечение психических расстройств;
- Стационарная психотерапия;
- Реабилитация в условиях стационара;
- Паллиативное лечение;
- Трансплантация костного мозга и следующих внутренних органов или доли органа: сердце, легкие, почки, поджелудочная железа.

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Врачебная медицинская помощь;
- Хирургическое лечение;
- Диагностирование и лечение онкологических заболеваний (злокачественных новообразований): химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия, радиоизотопная диагностика и лечение, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты и прочее;
- Скрининг-исследования для раннего выявления заболеваний, в частности, злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний почек, сахарного диабета, контроля физического и психического развития ребенка;
- Все виды иммунизации, включая вакцинацию и иные профилактические мероприятия, в той степени, в какой это рекомендовано в соответствующей стране пребывания;
- Акупунктура (иглорефлексотерапия), гомеопатия, остеопатия и мануальная терапия, включая лекарственные средства и перевязочный материал;
- Логопедическая помощь;
- Лечение психических расстройств;

- Амбулаторная психотерапия;
- Лекарственные средства и перевязочный материал;
- Немедикаментозное лечение/физиотерапия, включая массаж;
- Медицинские приборы и устройства, включая их ремонт;
- Очки для коррекции зрения (медицинские оправы и стекла) и контактные линзы по назначению врача.

Стоматологическая помощь:

- Скрининг-исследования для раннего выявления заболеваний зубов, полости рта и челюстей;
- Стоматологическое лечение (включая установку вкладок);
- Протезирование (например, протезы, мосты и коронки);
- Имплантаты;
- Диагностика и лечение заболеваний зубочелюстной системы;
- Ортодонтическое лечение;
- Услуги зуботехнической лаборатории и стоматологические материалы;
- Составление плана лечения и сметы расходов.

Иные услуги:

- Пребывание Застрахованного лица в медицинской организации в условиях стационара (при этом одноместное размещение в палате предоставляется, при условии, что такой порядок размещения предусмотрен нормативными документами медицинской организации);
- Организация проезда и проезд Застрахованного лица до места лечения особо опасного заболевания и обратно, если лечение проводится вне места постоянного проживания Застрахованного лица;
- Сопровождение Застрахованного лица для проведения ему лечения особо опасного заболевания, если по заключению специалиста Застрахованному лицу в связи с состоянием здоровья рекомендовано сопровождение (данная услуга включает в себя организацию проезда и проезд одного сопровождающего лица до места лечения и обратно, а также его проживание в месте лечения Застрахованного лица);
- Проживание Застрахованного лица в месте проведения амбулаторно-поликлинического лечения особо опасного заболевания, проводимого вне места его постоянного проживания;
- Транспортировка Застрахованного лица аккредитованной службой скорой помощи надлежащим способом к ближайшему врачу или в ближайший стационар для оказания первичной помощи при экстренном (неотложном) состоянии Застрахованного лица, наступившем в том числе в результате несчастного случая;
- Сестринский уход на дому и помощь по дому;
- Круглосуточная поддержка по телефону и электронной почте персональным менеджером, опытными консультантами, врачами и специалистами;
- Медицинская эвакуация;
- Предоставление информации по организации медицинской помощи (местные медицинские учреждения, имена и телефоны врачей, владеющих различными иностранными языками);
- Поддержка и предоставление информации медицинской службой (повторное медицинское заключение, контроль хода лечения заболевания);
- Посмертная репатриация;
- Необходимая дополнительная медицинская поддержка (предоставление информации о природе, возможных причинах и лечении заболевания).

По условиям настоящей Программы к лабораторной диагностике относятся бактериоскопические исследования; вирусологические исследования; биохимические исследования; гематологические исследования; иммунологические исследования; клиничко-морфологические (гистологические) исследования; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; паразитологические исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитологические исследования; цитохимические исследования; лазерная доплеровская диагностика (флуометрия); компьютерная томография; магнито-резонансная томография; радиоизотопная; радионуклидная; рентгенологическая; ультразвуковая; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика.

Под сопутствующими расходами в настоящей Программе понимаются - расходные материалы, используемые во время проведения оперативного вмешательства, включая, но не ограничиваясь - стенты, катетеры, перевязочные материалы и иные материалы, необходимые для оказания медицинской помощи.

Под лекарственными средствами и перевязочным материалом в настоящей Программе понимаются лекарственные средства и перевязочный материал, выписанные врачом/стоматологом 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.

При этом лекарственные средства должны быть приобретены в учреждении, осуществляющем официальную фармацевтическую деятельность.

Под немедикаментозным лечением/физиотерапией в настоящей Программе понимаются лечебные методы, основанные на воздействии физических факторов (ингаляции, лечебная физкультура, физиотерапия, массаж, обертывания, гидротерапия и лечебные ванны, крио- и термотерапия, электро- и фототерапия), проводимые врачом или специалистом, имеющим соответствующее разрешение ассистента врача (например, по специальности лечебная физкультура), и назначенные врачом в пределах оказания стационарной или амбулаторно-поликлинической помощи. При этом назначение врача должно содержать данные о диагнозе, характере и числе процедур.

К немедикаментозному лечению/физиотерапии не относятся и следовательно по настоящей Программе не предоставляются и не оплачиваются Страховщиком посещение термальных бань, сауны и проведение аналогичных процедур.

Под особо опасным заболеванием (ООЗ) в настоящей Программе понимается расстройство здоровья Застрахованного лица, впервые диагностированное в течение срока действия Договора страхования, и требующее проведения планового лечения и/или оперативного вмешательства, а именно:

1) Сердечно-сосудистая хирургия: аортокоронарное шунтирование; замена сердечного клапана; вальвулотомия сердечного клапана; септальная миэктомия; установка кардиостимулятора; операции в связи с болезнями сердца; операции в связи с дефектами (межжелудочковой/межпредсердной) перегородки.

2) Нейрохирургия: операции в связи с гидроцефалией; операции в связи с повреждениями спинного мозга; операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы; операции в связи с межпозвоночными грыжами; операции в связи со стенозом спинномозгового канала; операции в связи с опухолью головного мозга; операции в связи с опухолями позвоночника, спинного мозга и периферических нервов; эмболизация неразорвавшейся мозговой аневризмы; неврологическая реабилитация.

3) Онкология: хирургические методы лечения; радиационная терапия; химиотерапия; иммунотерапия; гормонотерапия.

4) Нейродегенеративные заболевания: рассеянный склероз; болезнь Паркинсона; болезнь моторных нейронов.

5) Пересадка тканей и органов или их доли: трансплантация сердца, легких, почки, поджелудочной железы, костного мозга.

Под сестринским уходом на дому и помощью по дому в настоящей Программе понимаются уход и (или) помощь, необходимые Застрахованному лицу по медицинским показаниям и оказываемые квалифицированным медицинским персоналом.

Под реабилитацией в настоящей Программе понимается реабилитация после стационарного лечения, которая начала проводиться Застрахованному лицу не позднее, чем через 2 (две) недели после его выписки из стационара и направлена на продолжение осуществляемого по медицинским показаниям лечения.

Под паллиативной помощью в настоящей Программе понимается медицинская помощь, основной целью которой является эффективное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни и облегчения страданий неизлечимого больного, являющегося Застрахованным лицом.

Паллиативная помощь может быть оказана Застрахованному лицу стационарно (в хосписе) или амбулаторно.

Услуга по пребыванию Застрахованного лица в хосписе (круглосуточное или только в дневное время) 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.

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

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются:

- при стационарной помощи: 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;

- при амбулаторно-поликлинической помощи: ортопедические и другие медицинские приборы и устройства, предназначенные для уменьшения или компенсации физических недостатков и нарушений, выписанные Застрахованному лицу врачом и не являющиеся предметами широкого потребления. По условиям настоящей Программы к таким приборам относятся: биндажи, стельки-супинаторы, вспомогательные приспособления для передвижения, слуховые аппараты, эластичные чулки, медицинские шины, протезы конечностей и других органов (за исключением зубных протезов), гипсовые корсеты для положений лежа и сидя, ортопедические фиксаторы для рук, ног и корсеты для туловища, а также вспомогательные речевые аппараты (электронная гортань), а также инвалидные кресла, прикроватные мониторы показателей дыхания и сердечно-сосудистой системы, инфузионные насосы, ингаляционные устройства, источники кислорода и мониторы для новорожденных

При оказании стоматологической помощи по условиям настоящей Программы, Застрахованное лицо предварительно до начала оказания услуг должно согласовать смету расходов и план лечения со Страховщиком, если стоимость услуг будет превышать, установленный в настоящей Программе лимит ответственности.

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

Под медицинской эвакуацией в настоящей Программе понимается перевозка Застрахованного лица соответствующим санитарным транспортом (в т.ч. машиной скорой помощи, санитарной авиацией) в другую медицинскую организацию, при отсутствии противопоказаний для перевозки Застрахованного лица и при условии, что такой перевод Застрахованного лица в другую медицинскую организацию предписан лечащим врачом и необходим по медицинским показаниям и предварительно согласован со Страховщиком. При этом страховщик не организует и не оплачивает обратный проезд Застрахованного лица.

Под экстренным состоянием в настоящей Программе понимается расстройство здоровья или состояние Застрахованного лица, вызванное внезапным острым заболеванием, обострением хронического заболевания, а также несчастным случаем и его последствиями, представляющее угрозу для жизни или здоровья Застрахованного лица и требующее оказания ему незамедлительной медицинской помощи.

Примечания:

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, указанных в Программе добровольного медицинского страхования (в том числе об уменьшении перечня медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий, об исключении отдельных заболеваний (состояний), при которых такие медицинские и иные услуги оплачиваются или оказываются и оплачиваются Страховщиком), об установлении лимитов ответственности на отдельные виды медицинских и иных услуг (согласно п. 3.4 Правил страхования).

В Программе добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору страхования, также могут быть указаны территория страхования, конкретный порядок оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, права и обязанности Страховщика и Страхователя, исключения из страхования, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты, а также иные положения, предусмотренные Правилами страхования № 0041а.СЛ.05.00, утвержденными Приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» № 03-01-01-01/02а от 28.02.2017, и (или) Договором страхования, приложением к которому является такая Программа добровольного медицинского страхования.