

УТВЕРЖДЕНЫ  
Приказом Операционного директора  
Общества с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»  
от 30.09.2019 № Пр/183-1

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

---

/А. А. Кусалова/

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

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. Приложениях) и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

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

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

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

1.4.1. **Агрегатная страховая сумма** – уменьшаемая страховая сумма, рассчитываемая как разность страховой суммы на дату вступления договора страхования в силу и суммы страховых выплат (суммы, оплаченные за организацию и (или) оказание медицинских и (или) иных услуг и (или) компенсацию расходов (если предусмотрена)), осуществленных Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям по соответствующему страховому риску.

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

1.4.3. **Выкупная сумма** – сумма, определенная договором страхования, выплачиваемая при досрочном прекращении договора страхования в случаях,

предусмотренных Правилами страхования. Выкупная сумма может составить 0 (ноль).

1.4.4. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты и (или) иное предельное значение, установленный (-ое) Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и (или) договором страхования (включая приложения к нему) по страховому (-ым) риску (-ам) / по страховому (-ым) случаю (-ям) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и (или) иные услуги / в отношении компенсации расходов. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству и (или) частоте обращений и т.п.).

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

1.4.5.1. **Медицинские услуги** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе (-ах) добровольного медицинского страхования, которая (-ые) применяется (-ются) к договору страхования.

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

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

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

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

1.4.7.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных

договором страхования (далее по тексту также – «сервисные компании» или «асисстанс-компани»).

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

1.4.9. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся неотъемлемой частью договора страхования (при страховании по рискам из числа указанных в подп. 3.1.3 – 3.1.6 Правил страхования), в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также иные положения, в том числе положения (условия), предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.

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

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

1.4.12. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования и (или) настоящими Правилами страхования. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, в соответствии с условиями договора страхования.

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

1.4.14. **Территория оказания услуг** – государство (-а), на территории которого (-ых) Страховщик в рамках действия медицинского страхования обязуется организовать оказание медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой ДМС.

1.5. Программами ДМС могут быть предусмотрены дополнительные термины, не указанные в настоящем разделе, или приведено толкование, отличное от указанного выше. В случае расхождений между положениями Правил страхования и Программы ДМС текст, содержащийся в Программе ДМС, имеет приоритетную силу.

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

1.7. Если иное не предусмотрено договором страхования при страховании жизни территория действия страхования - весь мир.

1.8. Территория оказания услуг указывается в договоре страхования и (или) Программе ДМС.

1.9. 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.

1.10. 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) договором страхования.

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. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются:

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

2.1.2. в отношении страховых рисков **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания», «второе экспертное медицинское мнение», «чек-ап», «дистанционные медицинские консультации»**: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил страхования, Программ ДМС, договора страхования и других связанных со страховой услугой документов – **«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 и осуществляющее деятельность по страхованию на основании полученной в установленном порядке лицензии.

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

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

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

2.5. Выгодоприобретателями являются:

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

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

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого

согласия договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

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

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

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

3.1.2. **Смерть Застрахованного лица.** 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). Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться **«смерть (с возвратом взносов)»**. Договором страхования, при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «диагностирование и лечение особо опасного заболевания», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (страховой риск также именуется **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе ДМС «диагностирование и лечение особо опасного заболевания».

3.1.4. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (страховой риск также именуется **«второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе ДМС «второе экспертное медицинское мнение».

3.1.5. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «чек-ап», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (страховой риск также именуется **«чек-ап»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе ДМС «чек-ап».

3.1.6. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «дистанционные медицинские консультации», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (страховой риск также именуется **«дистанционные медицинские консультации»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе ДМС «дистанционные медицинские консультации».

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в договоре страхования.

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

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

3.3.2. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления;

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

3.4. По страховым рискам **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания»**, **«второе экспертное медицинское мнение»**, **«чек-ап»**, **«дистанционные медицинские консультации»** не признаются страховыми случаями события, перечисленные в Программах ДМС.

3.5. По согласованию между Страхователем и Страховщиком договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п.п. 3.3, 3.4 настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных и (или) сократить данный перечень исключений и (или) дополнить его иными положениями и (или) согласовать отсутствие исключений по одному или нескольким страховым рискам.

3.6. События, определенные в п.п. 3.3, 3.4 настоящих Правил страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату или оплатить и организовать оказание медицинских или иных услуг.

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

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и определяется в соответствии с настоящими Правилами страхования и договором страхования.

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

4.3. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховые суммы по всем страховым рискам, кроме страхового риска **«смерть (с возвратом взносов)»**, являются постоянными в течение всего срока действия договора страхования.

4.4. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховая сумма по страховому риску **«смерть (с возвратом взносов)»** является изменяемой: со дня вступления договора страхования в силу страховая сумма определяется как сумма оплаченных страховых взносов по договору страхования (в совокупности по всем страховым рискам); до момента вступления договора страхования в силу страховая сумма приравнивается к страховой премии или первому страховому взносу (для договоров страхования с оплатой страховой премии в рассрочку).

4.5. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, по страховому риску **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания»** устанавливается агрегатная (уменьшаемая) страховая сумма (подп. 1.4.1 Правил).

4.6. 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 определен иной курс и (или) иная дата его установления.

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

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

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок, зависящих от пола и возраста Застрахованного лица, срока страхования, перечня страховых рисков, периодичности уплаты страховой премии. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, профессии и состояния здоровья Застрахованного лица, перечня исключений из страхового покрытия, территории предоставления предусмотренных договором страхования услуг, перечня медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования для предоставления услуг), и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

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

4.9. 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) страховой премии (первого страхового взноса) 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:

4.9.1. возврат денежных средств производится в рублях;

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

4.10. Стороны пришли к соглашению, что при ненадлежащей оплате очередного страхового взноса (неполная или несвоевременная оплата) Страховщик вправе в одностороннем



порядке отказаться от исполнения договора страхования в полном объеме. При этом договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.

4.11. При определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

## **5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

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

5.2. Для заключения договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:

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

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

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

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

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

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

5.2.7. Медицинское заключение и иные документы, выдаваемые медицинской организацией, по результатам прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования, в т.ч., в случае, предусмотренном в п. 5.3.2 настоящих Правил страхования.

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

5.2.9. 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, индекс массы тела, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете;
- сведения о наличии психических заболеваний и расстройств;
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч., о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, о наличии / отсутствии определенных симптомов и (или) состояниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (включая, сведения о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах, в т.ч. планируемых / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин), о рекомендованных и (или) планируемых исследованиях организма);
- сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
- сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));
- сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью и (или) нахождением под следствием и (или) нахождением в местах лишения свободы, сведения о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере);
- сведения о принимаемых медицинских препаратах;
- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т. ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств), 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;

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. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком.

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.

5.6. Если лицом, имеющим намерение заключить договор страхования / потенциальным Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 5.2. и п. 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.

5.7. 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 (в т. ч. страхового полиса) со стороны Страховщика.

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

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

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

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

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

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

5.11. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, 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.), сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий.

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

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

5.13. 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 и 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 срок страхования устанавливаются по соглашению Сторон и указываются в договоре страхования.

6.2. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, срок действия договора страхования устанавливается посредством указания даты вступления договора страхования в силу и даты окончания действия договора страхования.

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

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

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

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

7.1.2. по инициативе Страховщика на основании п. 4.10 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не ранее даты платежа, внесение которого просрочено;

7.1.3. 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;

7.1.4. в случае расторжения договора страхования согласно п. 5.11 настоящих Правил страхования;

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

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

7.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подп. 7.1.1 и 7.1.2 настоящих Правил страхования, а также в иных случаях (если предусмотрены договором страхования), Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица его наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения договора страхования. При этом возврат уплаченной страховой премии не производится.

7.3. Размер выкупной суммы определяется в соответствии с размером, установленным договором страхования (приложением к нему), для периода действия договора страхования, соответствующего дате досрочного прекращения.

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

7.4. Выкупная сумма, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату досрочного прекращения договора страхования.

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

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

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

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

7.5.4. В случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.3, 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

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

7.7. 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:

7.7.1. возврат денежных средств производится в рублях;

7.7.2. если страховая премия установлена договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит сумма в рублях, оплаченная Страхователем в качестве страховой премии.

7.8. Прекращение срока действия договора страхования не прекращает возникшие обязательства Сторон, если иное не предусмотрено Правилами страхования или договором страхования.

Если иное не предусмотрено Правилами страхования или договором 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) по страхованию жизни (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 страхованию жизни не производится (-ятся).

7.9. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения договора страхования, дополнительные и (или) отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

## **8. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

8.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

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

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

8.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.2.1. Страховой полис.

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

8.2.3. Документ, удостоверяющий личность заявителя 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) свидетельство о смерти Выгодоприобретателя предшествующей очереди для Выгодоприобретателей последующих очередей (если установлена очередность) 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, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативных правовых актов в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

8.2.6. Дополнительно к указанному в пп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие до окончания договора»** предоставляется документ, свидетельствующий о нахождении Застрахованного лица в живых: свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершение таких действий органом / должностным лицом), или, по согласованию со Страховщиком, надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного лица или выписка из него. При этом, Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента заверения копии / выписки.

8.2.7. Дополнительно к указанному в пп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«смерть (с возвратом взносов)»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.7.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица (или решение суда о признании Застрахованного лица умершим);

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, по требованию Страховщика должны быть представлены документы из медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо, раскрывающие обстоятельства события (основной диагноз, результаты дополнительных методов исследования, проводимого лечения (включая сроки) заболевания, либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и (или) истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

8.2.7.4. если событие произошло в результате иных причин, Страховщику дополнительно должны быть представлены акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.3. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 8.2, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально (или иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершение нотариальных действий органом / должностным лицом) или органом / учреждением / организацией, который (-ое, -ая) выдал (-о, -а) 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 заверенного перевода документа.

8.4. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в т. ч. основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанных в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде составленного Страховщиком документа (в т. ч. в качестве его составной части), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить 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. Указанный в п. 8.2 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.



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

8.7. Страховые выплаты по страховым рискам **«дожитие до окончания договора»** и **«смерть (с возвратом взносов)»** осуществляются единовременно в размере 100 % (ста процентов) страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему риску. При этом, если соглашением Сторон не предусмотрено иное, для целей осуществления страховой выплаты по страховому риску **«смерть (с возвратом взносов)»** размер страховой суммы определяется по состоянию на дату страхового случая.

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

8.9. При наличии оснований для признания события страховым случаем и осуществления страховой выплаты Страховщик принимает соответствующее решение и производит страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно).

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

8.11. Решение об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в этот же срок направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

## **9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

9.1. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований, предусмотренных в разделе 10 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты компенсирует расходы Застрахованного лица и (или) организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования и Программами ДМС. При этом:

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

Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг в объеме и сроки, предусмотренные договором страхования (в т.ч. применимыми Программами ДМС). При этом, выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией).

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

9.1.3. По страховому риску, в отношении которого установлена агрегатная страховая сумма, обязательства Страховщика по такому риску считаются исполненными в полном объеме после осуществления страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим по данному риску, в размере страховой суммы, установленной по нему на дату вступления договора страхования в силу (т.е. когда агрегатная сумма исчерпана полностью).

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

9.1.5. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме и сроки, предусмотренные договором страхования (в т.ч. Программами ДМС):

9.1.5.1. по страховым рискам **«второе экспертное медицинское мнение»**, **«чек-ап»**, **«дистанционные медицинские консультации»** до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения);

9.1.5.2. по страховому риску **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания»** (кроме предоставления услуг, связанных с посмертной репатриацией тела, если данные услуги содержатся в Программе ДМС) до даты их фактического оказания, но не более 4 (четырёх) месяцев с даты окончания действия срока страхования, когда в течение срока страхования Страховщик признал событие страховым случаем и принял решение об оплате определенных медицинских и иных услуг, но на дату окончания срока страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были;

9.1.5.3. по страховому риску **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания»** в части предоставления услуг, связанных с посмертной репатриацией тела (если данные услуги содержатся в Программе ДМС) до момента окончания посмертной репатриации останков Застрахованного лица, если смерть Застрахованного лица наступила после окончания срока страхования, но в течение 4 (четырёх) месяцев, предусмотренных в подп. 9.1.5.2 настоящих Правил страхования, и Страховщик до окончания срока страхования принял решение об оплате обратного проезда Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

9.2. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч.

Программами ДМС), и (или) стоимостью самих услуг и (или) суммой расходов Застрахованного лица, которые Страховщик обязан компенсировать в соответствии с Программой (-ами) ДМС, в пределах лимитов ответственности, установленных договором страхования (в т.ч. Программами ДМС).

9.3. Перечень документов и (или) сведений, необходимых для рассмотрения произошедшего события, принятия по нему решения и (или) организации предоставления Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг, является закрытым и указывается в Программах ДМС. При этом, Страховщик может реализовать права, установленные п. 8.4 Правил страхования.

## 10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

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

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 отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

10.2.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования или Программах ДМС).

10.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).

10.2.3. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

10.2.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и (или) иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.

10.2.5. При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг и (или) компенсацией расходов, не предусмотренных применимой Программой ДМС.

10.2.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если 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 (включая приложения).

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 исполнение по договору страхования в соответствии с Правилами страхования и (или) Программой ДМС и (или) договором страхования.

11.1.4. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным в договоре страхования. При этом, уведомления, направленные Страховщиком посредством смс-сообщения на номер мобильного телефона согласно документам, указанным в п. 5.8 настоящих Правил страхования, рассматриваются Сторонами как надлежащие уведомления и считаются сделанными в письменной форме.

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

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

11.2.3. Запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов.

11.2.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (п. 5.11 Правил страхования), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в п. 5.11 Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

11.2.5. Осуществлять иные действия для исполнения положений договора страхования.

#### 11.3. Страхователь обязан:

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

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

11.3.3. Незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений,

предоставленных Страховщику при заключении договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

11.3.4. Уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п. 5.11 настоящих Правил страхования. Указанное в настоящем подпункте уведомление (с приложениями (если предусмотрены)) подлежит направлению в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом, Стороны могут согласовать иные сроки представления уведомления (приложений к нему).

11.3.5. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами по договору страхования и известными Страхователю условиями организации оказания медицинских и иных услуг, а также обеспечить исполнение Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных настоящим разделом.

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 страхового полиса в случаях и в порядке, установленных п. 5.12 Правил страхования.

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

11.4.5. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

11.4.6. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС).

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

11.5. Застрахованное лицо обязано:

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

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

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

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

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

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

### **13. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ**

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

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

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

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

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

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

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

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

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

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

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

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**  
**«Диагностирование и лечение особо опасного заболевания»**

**Раздел 1. Общие положения и страховой случай**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая (п. 1.2 настоящей Программы) организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, предусмотренном ниже в разделе 2, и в рамках следующих лимитов страхового обязательства Страховщика:

1.1.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему страховому риску, за весь срок страхования и не более 1/2 (одной второй) данной страховой суммы в течение полисного года совокупно по всем обращениям Застрахованного лица;

1.1.2. в рамках лимитов, предусмотренных разделом 2 настоящей Программы.

1.2. Страховым случаем по страховому риску **«диагностирование и лечение особо опасного заболевания»** является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг (включая компенсацию расходов на медикаменты), предусмотренных разделом 2 настоящей Программы и с учетом исключений из страхования (раздел 3 настоящей Программы), вследствие следующего (-их) заболевания (-й) и состояния (-й), диагностированного (-ых) (установленного (-ых)) Застрахованному лицу врачом-специалистом в течение срока страхования впервые в жизни:

**1.2.1. Злокачественное онкологическое заболевание.**

При этом, под «Злокачественным онкологическим заболеванием» понимается заболевание (согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее МКБ-10)), проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)). В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

При этом по смыслу настоящего определения не является «Злокачественным онкологическим заболеванием»:

1.2.1.1. Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2b3N(0)M(0) по международной классификации TNM;

1.2.1.2. Злокачественная опухоль предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;

1.2.1.3. 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 новообразования неопределенного или неизвестного характера;

1.2.1.4. Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;

1.2.1.5. Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия A (по классификации Binet) или стадия I (по классификации Rai);

1.2.1.6. Папиллярный рак щитовидной железы;

1.2.1.7. Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный, как имеющий стадию TaNOM0 или меньше;

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

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

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

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

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

При этом, под «Хирургией сердечного клапана» понимается хирургическая операция с целью протезирования (полной замены искусственным аналогом) или пластики одного или более пораженных клапанов сердца (аортального, митрального, легочного, трехстворчатого клапанов) вследствие стеноза или недостаточности, или комбинации этих состояний, необходимость проведения и факт проведения которой должны быть подтверждены врачом-специалистом (кардиологом) и результатами соответствующего медицинского обследования. Операция должна быть проведена в течение срока страхования впервые в жизни Застрахованного лица.

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

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

При этом, под «Трансплантацией» понимается хирургическая ампутация или удаление у Застрахованного лица органа(-ов), из числа перечисленных в абзаце первом подп. 1.2.4 настоящей Программы и имплантация застрахованному лицу на место удаленного(-ых) органа(-ов) целого органа / части органа, полученного(-ых) от другого человека (донора), а в случае трансплантации костного мозга – пересадка Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя.

Необходимость трансплантации должна быть обусловлена финальной стадией недостаточности указанных в абзаце первом подп. 1.2.4 настоящей Программы органов, генетическими и метаболическими заболеваниями, а в случае трансплантации костного мозга - гематологическими, онкологическими и аутоиммунными заболеваниями, и вместе с фактом проведения должна быть подтверждена врачом-специалистом.

Случаи одновременной пересадки нескольких из указанных органов считаются одной трансплантацией.

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

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



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

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

- 1.2.5.1. Демиелинизирующими болезнями центральной нервной системы (Международная классификация болезней 10-го пересмотра (далее МКБ-10): G35-G37);
- 1.2.5.2. Синдромом Гийена-Барре;
- 1.2.5.3. Болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными болезнями нервной системы (МКБ-10: G30-G31);
- 1.2.5.4. Поражениями отдельных нервов, нервных корешков, сплетений и спондилопатии (МКБ-10: G50-G59, M45-M54);
- 1.2.5.5. Церебральными расстройствами, вызванными мигренью;
- 1.2.5.6. Церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;
- 1.2.5.7. Сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв, кохлеарными расстройствами;
- 1.2.5.8. Приступами вертебробазилярной ишемии;
- 1.2.5.9. Болезнью Паркинсона;
- 1.2.5.10. Болезнью двигательного нейрона (МКБ-10: G12.2);
- 1.2.5.11. Эпилепсией (МКБ-10: G40).

## Раздел 2. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг.

2.1. Медицинские услуги, предоставляемые при заболеваниях и состояниях указанных в разделе 1 настоящей Программы:

Предоставляемые услуги
2.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание:
2.1.1.1. Стационарная медицинская помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
в) Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) 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
и) Имплантация необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего и наружного протезирования
к) Медицинские приборы и устройства

л) Пребывание в палате стационара (включая питание)
м) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<b>2.1.1.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</b>
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
д) Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
е) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
<b>2.1.1.3. Паллиативная медицинская помощь.</b> Паллиативная помощь может оказываться Застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях. При этом, услуга по пребыванию Застрахованного лица в стационаре предоставляется, если заболевание, которым страдает Застрахованное лицо одновременно соответствует следующим критериям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• носит прогрессирующий характер (т.е. постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии;</li> <li>• является неизлечимым, обуславливая необходимость стационарного паллиативного лечения, и</li> <li>• позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превышает нескольких недель или месяцев.</li> </ul>
<b>2.1.2. «АКШ»:</b>
<b>2.1.2.1. Стационарная медицинская помощь:</b>
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
в) Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
и) Пребывание в палате стационара (включая питание)
к) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<b>2.1.2.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</b>
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)

б) Диагностирование: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
<b>2.1.3. «Хирургия сердечного клапана»:</b>
<b>2.1.3.1. Стационарная медицинская помощь:</b>
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иммунологическая терапия
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
и) Медицинские приборы и устройства
к) Пребывание в палате стационара (включая питание)
л) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
<b>2.1.3.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</b>
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, респираторная терапия, оксигенотерапия
г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
<b>2.1.4. «Трансплантация»:</b>
<b>2.1.4.1. Стационарная медицинская помощь:</b>
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иммунологическая терапия, гемодиализ
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы

е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
и) Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации
к) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
2.1.4.2. Подбор органа для трансплантации, его хранение, перевозка к месту, где будет производиться Трансплантация
2.1.4.3. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, хирургическое лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
г) Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)
2.1.5. «Нейрохирургия»:
2.1.5.1. Стационарная медицинская помощь:
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, ДНК-диагностика, люмбальная пункция
в) Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное, хирургическое лечение
г) Выполнение лечебных манипуляций, процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
д) Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
е) Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
ж) Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
з) Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
и) Пребывание в палате стационара (включая питание)
к) Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
2.1.5.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь
а) Врачебная медицинская помощь (обследование и лечение)
б) Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: нейрофизиологическое тестирование, ДНК-диагностика, клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
в) Лечение: консервативное лечение после проведения хирургического лечения
г) Лечебные манипуляции, процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом

д) Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям)

2.2. По настоящей Программе Страховщик компенсирует денежные средства, потраченные Застрахованным лицом на территории Российской Федерации на оплату медикаментов, выписанных лечащим врачом, осуществляющим лечение заболевания и состояния в соответствии с условиями настоящей Программы (далее – «компенсация расходов на медикаменты»).

2.3. В отношении услуг, указанных в п. 2.1 настоящей Программы, установлены следующие лимиты страхового обязательства Страховщика (помимо указанного выше в подп. 1.1.1):

2.3.1. по «АКШ» (подп. 1.2.2 настоящей Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение одной операции «Аортокоронарного шунтирования» в течение всего срока страхования;

2.3.2. по «Трансплантации» (подп. 1.2.4 настоящей Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной «Трансплантации» в течение каждого полисного года и не более пяти «Трансплантаций» в течение всего срока страхования;

2.3.3. по паллиативной медицинской помощи (подп. 2.1.1.3. настоящей Программы) – 900 000 (девятьсот тысяч) рублей за весь срок страхования;

2.3.4. по компенсации расходов на медикаменты – в размере затрат, соответствующем приему указанных медикаментов в течение не более двух месяцев, а в случае лечения «Злокачественного онкологического заболевания» (подп. 1.2.1. настоящей Программы) - не более 1 800 000 (одного миллиона восьмисот тысяч) рублей за каждый полисный год.

2.3.5. пребывание в палате стационара (включая питание) согласно абз. и) подп. 2.1.5.1 настоящей Программы в случае необратимого неврологического повреждения, или нахождения в устойчивом вегетативном состоянии - не более 60 (шестидесяти) дней непрерывного пребывания Застрахованного лица в стационаре;

2.3.6. по лечению, предусмотренному абз. в) подп. 2.1.4.1 настоящей Программы, - Страховщик организует и оплачивает проведение гемодиализа в количестве не более 8 (восьми) процедур в течение срока страхования.

2.4. Иные услуги, предоставляемые при заболеваниях и состояниях указанных разделе 2 настоящей Программы:

Предоставляемые иные услуги	Лимит ответственности Страховщика (за полисный год в совокупности по всем соответствующим услугам)
<p>Проезд Застрахованного лица до места лечения и обратно, если проведение лечения планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица.</p> <p>Данная услуга включает в себя: оплату перелета, встречу в аэропорту, медицинскую транспортировку (при условии, что транспортировка предписана лечащим врачом, необходима по медицинским показаниям и предварительно согласована со Страховщиком) или немедицинскую транспортировку (на такси) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.</p>	<p>300 000,00 рублей</p>

<p>Сопровождение Застрахованного лица для проведения ему лечения, если по заключению специалиста Застрахованному лицу в связи с состоянием здоровья рекомендовано сопровождение.</p> <p>Данная услуга включает организацию и оплату перелета одного сопровождающего лица до места лечения Застрахованного лица и обратно.</p>	
<p>Проживание за пределами стационара в месте лечения, если проведение лечения планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица.</p> <p>Данная услуга включает в себя организацию и оплату проживания (услуг входящих в стоимость проживания) Застрахованного лица в отеле (4 или 5 звезд), с оплатой стоимости завтраков.</p>	600 000,00 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица для проведения ему лечения, если по заключению специалиста Застрахованному лицу в связи с состоянием здоровья рекомендовано сопровождение.</p> <p>Данная услуга включает в себя организацию и оплату проживания (услуг входящих в стоимость проживания) одного сопровождающего лица в отеле (4 или 5 звезд), с оплатой стоимости завтраков, в месте лечения Застрахованного лица.</p>	
<p>Оплата визовых сборов (если требуется), если проведение лечения планируется за пределами Российской Федерации.</p>	6 000,00 рублей
<p>Посмертная репатриация тела.</p> <p>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.</p>	900 000,00 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица в месте лечения представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.</p>	не предусмотрен
<p>Услуги переводчика (устный, письменный перевод) на период лечения Застрахованного лица в лечебном учреждении за пределами Российской Федерации.</p>	60 000,00 рублей

2.5. Определения, используемые в настоящей Программе:

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

2.5.2. 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.

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

2.5.4. Под **«медикаментами»** в настоящей Программе 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 понимается медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

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

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

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

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

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

2.5.10. Под **«медицинской транспортировкой»** понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проводится лечение /аэропорта / иного места размещения в аэропорт / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортном средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

2.5.11. 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.

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

3.1. Не признается страховым случаем и следовательно Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг / не компенсирует расходы на медикаменты (исключения из страхования) в следующих случаях:

3.1.1. 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;

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

3.1.3. 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;

3.1.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

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

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

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

3.1.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, в связи с заболеваниями являющимися сопутствующими основному заболеванию, указанному в п. 1.2 настоящей Программы.

3.1.9. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием:

3.1.9.1. медицинских услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/организациями страны проведения лечения;

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

3.1.9.3. медицинских и иных услуг, оказываемых в связи с родовыми травмами и (или) врождёнными пороками развития;

3.1.9.4. медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

3.1.9.5. медицинских услуг, направленных на распознавание (диагностику) состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 1.2 настоящей Программы;

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

3.1.9.7. косметического лечения, эстетических и пластических процедур или операций;

3.1.9.8. лечение Застрахованного лица, связанного с криоконсервацией;



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

3.1.10. обращение за компенсацией расходов Застрахованного лица на приобретение льготных медикаментов для отдельных групп населения, имеющих право на льготы, а также закупка и оплата стоимости органов для Трансплантации.

#### **Раздел 4. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.**

4.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания / состояния, из числа перечисленных в п. 1.2 настоящей Программы, Застрахованное лицо должно проинформировать Страховщика о диагнозе любыми доступными средствами (факс, электронная почта, письмо и т.д.).

4.2. Для получения услуг и (или) компенсации расходов, предусмотренных настоящей Программой, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить следующие сведения и (или) документы:

4.2.1. страховой полис или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. серия, номер, дата заключения договора страхования);

4.2.2. документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

4.2.3. при обращении представителя Застрахованного лица - надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (предоставляется по требованию);

4.2.4. предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена), в т.ч. письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам;

4.2.5. документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, в целях идентификации Застрахованного лица);

4.2.6. необходимые для организации и (или) оказания услуг сведения и (или) документы (в т.ч. медицинского характера, которые содержат информацию, касающуюся заболевания / состояния и (или) подтверждают поставленный диагноз). Наиболее распространенными в этой связи документами являются история болезни, результаты проведенных исследований и испытаний;

4.2.7. для компенсации расходов на приобретение Застрахованным лицом медикаментов необходимо предоставить документы, подтверждающие расходы на их приобретение с указанием наименования и стоимости каждого приобретенного медикамента. Наиболее распространенными в этой связи документами являются рецепты, товарные и кассовые чеки аптечных учреждений.

4.3. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц анализирует предоставленные документы и сведения и по итогам их рассмотрения принимает одно из следующих решений:

4.3.1. о признании заявленного события страховым случаем и организации медицинских или иных услуг и (или) компенсации расходов на оплату медикаментов;

4.3.2. о недостаточности предоставленных документов / сведений;

4.3.3. об отказе в оказании медицинских и (или) иных услуг / компенсации расходов на медикаменты.

4.4. В случае принятия решения, предусмотренного подп. 4.3.1 настоящей Программы, Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц:

4.4.1. в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения последнего из всех необходимых документов (в т. ч. запрошенных дополнительно) производит страховую

выплату в сумме расходов на оплату медикаментов, которые необходимо компенсировать по условиям настоящей Программы, и (или)

4.4.2. в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения последнего из всех необходимых документов (в т. ч. запрошенных дополнительно) подбирает наиболее подходящее медицинское учреждение для лечения заболевания / состояния, подтвердившее готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и (или) проведения им соответствующей операции, и направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и программу лечения.

Застрахованное лицо в течении 3 (трех) месяцев с даты получения от Страховщика места, времени и программы лечения согласовывает либо отказывает в согласовании предложенные (-ых) параметры (-ов) с направлением Страховщику (привлеченному третьему лицу) соответствующего уведомления.

При согласовании Застрахованным лицом места, времени и программы лечения Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц в течение 30 (тридцати) рабочих дней организует прохождения соответствующего лечения и (или) проведения соответствующей операции. Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в сроки и в соответствии с порядком работы, предусмотренным в организации, непосредственно оказывающей медицинскую или иную услуг.

При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) программы лечения (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченным третьим лицом) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченное им третье лицо) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен настоящим разделом для первоначального обращения. При этом, Застрахованное лицо обязано представить актуальные документы из числа указанных в п. 4.2 настоящей Программы (в т.ч. последние результаты анализов и тестов, заключений врача), а Страховщик вправе предложить иной план лечения, в иной медицинской организации.

4.5. В случае принятия решения, предусмотренного подп. 4.3.2 настоящей Программы, Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц запрашивает необходимые документы / сведения в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента предоставления недостающих документов / сведений.

4.6. В случае принятия решения, предусмотренного подп. 4.3.3 настоящей Программы, Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов / сведений отказывает в компенсации расходов на оплату медикаментов и (или) организации медицинских и (или) иных услуг и направляет заявителю письменное уведомление с обоснованием отказа.

4.7. Запрос / отказ / уведомления, предусмотренные подп. 4.4.2, 4.5, 4.6 настоящей Программы, могут быть сделаны в любой доступной форме, позволяющей зафиксировать факт и дату направления (если конкретная форма не регламентирована положениями, установленными настоящей Программой и (или) Правилами страхования и (или) договором страхования и (или) объединением страховщиков).

*Примечание:*

*При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, указанных в разделе 2 настоящей Программы, и (или) изменении порядка оказания услуг и (или) изменении / дополнении лимитов ответственности Страховщика, указанных в разделах 1 и 2 настоящей Программы, и (или) о неприменении данных лимитов и (или) об изменении перечня исключений, предусмотренного разделом 3 настоящей Программы (в т.ч. предусмотреть иные исключения и (или) сократить перечень исключений и (или) дополнить его иными положениями).*

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
«Второе экспертное медицинское мнение»**

**Раздел 1. Общие положения.**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая (п. 1.2 настоящей Программы) организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы, в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика:

1.1.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему страховому риску, на каждый полисный год совокупно по всем обращениям Застрахованного лица;

1.1.2. не более 2 страховых случаев в течение полисного года. При этом каждое обращение Застрахованного лица за получением услуг, предусмотренных подп. 2.2.1 настоящей Программы, является отдельным страховым случаем;

1.1.3. по сопутствующим медицинским услугам, указанным в подп. 2.2.2.1, 2.2.2.2 настоящей Программы, - в размере суммы эквивалентной 60 000 (Шестьдесят тысяч) рублей на каждый полисный год.

1.2. Страховым случаем по страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»** является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных разделом 2 настоящей Программы, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

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

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

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

1.3.4. *Медицинская информация* – информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболевания (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленных Застрахованным лицом по требованию врача-специалиста, в целях подготовки

второго экспертного медицинского мнения (в том числе, выписка из истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечению).

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

## **Раздел 2. Объем услуг, входящих в настоящую Программу**

2.1. Настоящая Программа включает в себя медицинские услуги и иные услуги из числа указанных в настоящем разделе в одной из следующих областей медицины:

- 2.1.1. Онкология;
- 2.1.2. Кардиология;
- 2.1.3. Неврология;
- 2.1.4. Нефрология;
- 2.1.5. Ортопедия;
- 2.1.6. Гематология;
- 2.1.7. Офтальмология;
- 2.1.8. Эндокринология;
- 2.1.9. Пульмонология;
- 2.1.10. Врожденные дефекты.

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

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

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения в порядке, предусмотренном в разделе 3 настоящей Программы, при соблюдении следующих условий:

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

2.2.1.2. Если иное не согласовано со Страховщиком, второе экспертное медицинское мнение проводится врачами-специалистами, осуществляющими врачебную деятельность на территории России, а также зарубежными специалистами: Германии, Израиля, Испании, Южной Кореи.

2.2.1.3. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение и (или) комментарии врача-специалиста о состоянии здоровья Застрахованного лица, о правильности установленного диагноза, указанного в первом медицинском мнении, комментарии и (или) рекомендации в отношении выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии

врача-специалиста, в том числе по плану лечения, в соответствии с направленным ему запросом на получение второго экспертного медицинского мнения.

2.2.2. Предоставление Застрахованному лицу сопутствующих медицинских услуг:

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

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

2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

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

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

- консультирование по выбору профильного медицинского учреждения в России и/или за рубежом;
- консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;
- консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- информационная поддержка по организации для Застрахованного лица сопутствующих медицинских услуг, предусмотренных в подп. 2.2.2 настоящей Программы, в т.ч. помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и сопровождения, визовая поддержка (без оплаты стоимости лечения, билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению, визового сбора и др. услуг).

### **Раздел 3. Исключения из страхования**

3.1. Не признается страховым случаем и в связи с этим Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) в следующих случаях:

3.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

3.1.2. обращение за оказанием медицинских и иных 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;

3.1.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.

#### **Раздел 4. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.**

4.1. В целях получения медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному лицу необходимо обратиться в порядке, предусмотренном в информационных материалах Страховщика.

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

4.2. Для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить следующие сведения и (или) документы:

4.2.1. предоставляется по требованию – страховой полис или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. серия, номер, дата заключения договора страхования);

4.2.2. документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

4.2.3. при обращении представителя Застрахованного лица - надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (предоставляется по требованию);

4.2.4. предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена), в т.ч. письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам;

4.2.5. документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, в целях идентификации Застрахованного лица);

4.2.6. сведения и (или) документы медицинского характера, необходимые и достаточные для оказания услуг. При этом, Страховщик и (или) сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить для формирования и отправки запроса на получение второго экспертного медицинского мнения.

4.3. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц в сроки, указанные ниже в п. 4.4, организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой у выбранного Страховщиком (привлеченным третьим лицом) врача-специалиста, или запрашивает необходимые документы / сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

При этом, запрос может быть сделан в любой доступной форме, позволяющей зафиксировать его факт и дату.

4.4. Срок оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, составляет:

4.4.1. 14 (четырнадцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 4.2 настоящей Программы, кроме указанного ниже случая.

4.4.2. 30 (тридцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 2.3.2 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления экспертного медицинского мнения.

*Примечание:*

*При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, указанных в разделе 2 настоящей Программы (в т.ч. о сокращении областей медицины, указанных в п. 2.1), и (или) изменении порядка оказания услуг и (или) изменении / дополнении лимитов ответственности Страховщика, указанных в разделе 1 настоящей Программы, и (или) о неприменении данных лимитов и (или) об изменении перечня исключений, предусмотренного разделом 3 настоящей Программы (в т.ч. предусмотреть иные исключения и (или) сократить перечень исключений и (или) дополнить его иными положениями).*

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
«Дистанционные медицинские консультации»**

**Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая (п. 1.2 настоящей Программы) организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы, в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика:

1.1.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему страховому риску, за каждый полисный год совокупно по всем обращениям Застрахованного лица;

1.1.2. плановые консультации, указанные в подп. 2.2.4 настоящей Программы, - 3 (три) консультации в течение каждого полисного года (совокупно в отношении всех специалистов).

1.2. Страховым случаем по страховому риску **«дистанционные медицинские консультации»** является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных разделом 2 настоящей Программы, и с учетом исключений из страхования (раздел 4 настоящей Программы).

**Раздел 2. Объем услуг, входящих в настоящую Программу**

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

2.2. Дистанционные медицинские консультации включают в себя:

2.2.1. Срочные онлайн-консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн в режиме 24 часа / 7 дней в неделю /365 (366) дней в году;

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

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

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

2.2.2.3. в случаях, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление такой информации с использованием телемедицинских технологий, – онлайн-консультации по выбору лекарственных препаратов в рамках одного действующего вещества, по целесообразности замены выписанных врачом лекарств в случае, если препарат снят с производства, если



среди равнозначных лекарств существует значительный разброс в ценах, если данный препарат в данное время отсутствует в продаже.

2.2.3. Плановые онлайн-консультации врачом-консультантом по направлению дежурного врача-терапевта по предварительной записи: акушер-гинеколог, аритмолог, врач ЛФК и спортивной медицины, врач функциональной диагностики, гастроэнтеролог, дерматовенеролог, кардиолог, клинический фармаколог, медицинский психолог, невролог, нефролог, онколог, оториноларинголог, психолог, психотерапевт, пластический хирург, ревматолог, рефлексотерапевт, травматолог-ортопед, уролог, челюстно-лицевой хирург, хирург, эндокринолог.

2.2.4. Плановые заочные консультации по медицинским документам врачом-специалистом по предварительной записи - гастроэнтеролог (кандидат медицинских наук; доктор медицинских наук, профессор), диетолог (кандидат медицинских наук), кардиолог (кандидат медицинских наук), психотерапевт (кандидат медицинских наук), невролог (кандидат медицинских наук), пульмонолог (кандидат медицинских наук), эндокринолог (кандидат медицинских наук), гепатолог (доктор медицинских наук, профессор), терапевт (кандидат медицинских наук; доктор медицинских наук, профессор).

2.2.5. Предоставление в личный кабинет письменного заключения с рекомендациями по результатам дистанционной медицинской консультации в пределах, установленных законодательством Российской Федерации для оказания услуг с использованием телемедицинских технологий.

2.3. Во время проведения дистанционной медицинской консультации, врач-консультант информирует о специалистах, к которым следует обратиться Застрахованному лицу для постановки / подтверждения / уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию в пределах, установленных законодательством Российской Федерации для оказания услуг с использованием телемедицинских технологий.

### **Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в настоящую Программу**

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

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

3.3. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо обязано:

3.3.1. предоставить следующие сведения и (или) документы:

- предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- документы, позволяющие удостоверить личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору

страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

- надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);
- документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, в целях идентификации Застрахованного лица, идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий);
- документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по настоящей Программе. При этом, Страховщик (сервисная компания, медицинская организация) информирует Застрахованное лицо о том какую информацию / документы он должен представить.

3.3.2. зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по настоящей Программе, когда это предусмотрено порядком, указанным выше в п. 3.2.

3.4. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов / сведений или запрашивает необходимые документы / сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

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

Не признается страховым случаем (исключения из страхования) и в связи с этим не влечет за собой обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинские и иные услуги следующие обращения Застрахованного лица:

- 4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой.
- 4.2. Обращение Застрахованного лица за оказанием дистанционных медицинских консультаций иных специалистов, кроме указанных в настоящей Программе.
- 4.3. Обращение за оказанием дистанционной медицинской консультации Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- 4.4. Обращение Застрахованного лица по вопросам:
  - 4.4.1. по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;
  - 4.4.2. для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.
- 4.5. Обращение Застрахованного лица касательно состояний Застрахованного лица, связанных:
  - 4.5.1. с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

- 4.5.2. с любыми видами фобий;
  - 4.5.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;
  - 4.5.4. с расстройствами сексуального характера.
- 4.6. Обращение Застрахованного лица в связи со следующими заболеваниями:
- 4.6.1. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);
  - 4.6.2. туберкулез;
  - 4.6.3. заболевания, передающиеся половым путем;
  - 4.6.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.

*Примечания:*

*При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, указанных в разделе 2 настоящей Программы (в т.ч. о сокращении перечня специалистов, указанных в п. 2.2.4), и (или) изменении порядка оказания услуг и (или) изменении / дополнении лимитов ответственности Страховщика, указанных в разделе 1 настоящей Программы, и (или) о неприменении данных лимитов и (или) об изменении перечня исключений, предусмотренного разделом 3 настоящей Программы (в т.ч. предусмотреть иные исключения и (или) сократить перечень исключений и (или) дополнить его иными положениями).*

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
«Чек-ап»**

**Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая (п. 1.2 настоящей Программы) организует оказание и оплачивает медицинские и (или) иные услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы, в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика:

1.1.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему страховому риску, за каждый страховой случай;

1.1.2. в рамках предельного количества обращений, предусмотренного договором страхования;

1.1.3. в рамках лимитов, предусмотренных подп. 2.1.1 настоящей Программы.

1.2. Страховым случаем по страховому риску «чек-ап» является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных разделом 2 настоящей Программы, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Оказание услуг, предусмотренных подп. 2.1.2 и 2.1.3 настоящей Программы, далее и выше по тексту может именоваться «проведение «чек-ап» или «прохождение «чек-ап».

**Раздел 2. Объем услуг, входящих в настоящую Программу**

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

2.1.1. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

№ п/п	Предоставляемые иные услуги	Лимит ответственности Страховщика (на каждый страховой случай) в совокупности по всем соответствующим услугам
2.1.1.1	Немедицинская перевозка Застрахованного лица в месте проведения «чек-ап», если прохождение «чек-ап» планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица, в следующем объеме: оплата проезда Застрахованного лица от аэропорта / железнодорожного вокзала до медицинской организации / иного места размещения Застрахованного лица и обратно, а также от места размещения до медицинской организации и обратно.	_____

2.1.1.2	<p>Проезд Застрахованного лица с территории Российской Федерации до места проведения «чек-ап», и обратно, если прохождение «чек-ап» планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица, в следующем объеме:</p> <p>оплата проезда Застрахованного лица на железнодорожном транспорте<sup>1</sup>, на воздушных судах гражданской авиации в пределах следующего периода: не ранее чем за 1 (один) календарный день до даты, согласованной медицинской организацией, как дата начала проведения «чек-ап», и не позднее чем через 2 (два) календарных дня после оказания Застрахованному лицу последней услуги в рамках проведения «чек-ап», если иные сроки не согласованы со Страховщиком.</p>	
2.1.1.3	<p>Проживание Застрахованного лица в месте проведения «чек-ап», если прохождение «чек-ап» планируется вне места постоянного проживания Застрахованного лица, в следующем объеме:</p> <p>оплата проживания Застрахованного лица в палате стационара (в том числе дневного) и (или) в гостинице 4 или 5 звезд с оплатой стоимости завтраков (в случае невозможности размещения в палате стационара (в том числе дневного) медицинской организации) в пределах следующего периода: фактические сроки проведения «чек-ап», увеличенные на 1 (один) календарный день до даты, согласованной медицинской организацией, как дата начала проведения «чек-ап», и 2 (два) календарных дня после оказания Застрахованному лицу последней услуги в рамках проведения «чек-ап», если иные сроки не согласованы со Страховщиком.</p>	
2.1.1.4	Оплата визового сбора (если требуется), если прохождение «чек-ап» планируется за пределами Российской Федерации.	лимит не предусмотрен
2.1.1.5	Услуги по письменному переводу медицинской документации на русский язык с языка страны, на территории которой проводился «чек-ап» (при необходимости).	лимит не предусмотрен
2.1.1.6	Услуги переводчика в период прохождения Застрахованным лицом «чек-ап», если он проводится за пределами Российской Федерации (при необходимости).	лимит не предусмотрен
2.1.1.7	Организация консультаций врачей-специалистов по итогам проведения «чек-ап», необходимость которых обусловлена медицинскими показаниями и назначенных врачом-терапевтом (при необходимости).	лимит не предусмотрен

2.1.2. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

№ п/п		Название услуги
2.1.2.1	<b>Консультация врача</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичная консультация врача-терапевта;</li> <li>• Консультации врачей-специалистов по направлению врача-терапевта: кардиолог, невролог, флеболог, ортопед, пульмонолог, окулист, дерматолог, гастроэнтеролог, уролог, гинеколог</li> </ul>
2.1.2.2	<b>Услуги лаборатории</b>	Взятие крови из вены

<sup>1</sup> За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах.

2.1.2.3	<b>Клинический анализ крови</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общий анализ крови;</li> <li>• Биохимический анализ крови</li> </ul>
2.1.2.4	<b>Клиническое исследование мочи</b>	Общий анализ мочи
2.1.2.5	<b>Онкомаркёры</b>	Ca 125 (Углеводный антиген 125)
		ПСА (Простатический специфический антиген) – у мужчин
2.1.2.6	<b>Инструментальные исследования</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• УЗИ органов брюшной полости</li> <li>• УЗИ сердца с доплерографией</li> <li>• УЗИ сонных артерий</li> <li>• УЗИ щитовидной железы</li> <li>• Рентген легких</li> <li>• ЭКГ в покое и с нагрузкой</li> <li>• Колоноскопия</li> <li>• Гастроскопия (эзофагогастродуоденоскопия)</li> </ul>
2.1.2.7	<b>МРТ</b>	МРТ органов по назначению врача-терапевта и (или) врача-специалиста
2.1.2.8	<b>Биохимический анализ кала</b>	Анализ кала на скрытую кровь
2.1.2.9	<b>Диагностическое обследование на онкозаболевания молочной железы</b>	В соответствии с назначением врача
2.1.2.10	<b>Гинекологическое обследование (для женщин)</b>	В соответствии с назначением врача
2.1.2.11	<b>Диагностическое обследование на онкозаболевания предстательной железы</b>	В соответствии с назначением врача
2.1.2.12	<b>Урологическое обследование (для мужчин)</b>	В соответствии с назначением врача
2.1.2.13	<b>Диагностическое обследование на онкозаболевания молочной железы</b>	на В соответствии с назначением врача
2.1.2.14	<b>Диагностическое обследование на онкозаболевания предстательной железы</b>	на В соответствии с назначением врача

2.1.3. Консультации врачей-специалистов и (или) лабораторные или диагностические исследования, не указанные в п. 2.1.2 настоящей Программы,

назначенные врачом-терапевтом по медицинским показаниям и по согласованию со Страховщиком.

2.1.4. Предоставление Застрахованному лицу медицинского заключения по результатам исследований и консультаций специалистов, выполненных в соответствии с п. 2.1 настоящей Программы.

### **Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в настоящую Программу**

3.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному лицу необходимо предоставить Страховщику / сервисной компании следующие сведения и / или документы:

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

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

3.1.3. документы, позволяющие удостоверить личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

3.1.4. предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, в целях идентификации Застрахованного лица);

3.1.5. предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских и иных услуг по настоящей Программе. При этом, Страховщик (сервисная компания, медицинская организация) информирует Застрахованное лицо о том какую информацию / документы он должен представить.

3.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц определяет медицинские организации для прохождения «чек-ап» и организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.

3.3. Организация услуг (или отказ в оказании услуг) производится в срок не позднее 1 (одного) месяца после получения последнего из всех необходимых документов / сведений или запрашиваются необходимые документы / сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

При этом, запрос может быть сделан в любой доступной форме, позволяющей зафиксировать его факт и дату.

3.4. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.1 Программы, не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до начала их оказания:

3.4.1. услуги, предусмотренные п. 2.1 настоящей Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 5 (пять) рабочих дней 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);

3.4.2. под началом оказания услуг, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы, понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг, 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 за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.

*Примечание:*

*При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, указанных в разделе 2 настоящей Программы, и (или) изменении порядка оказания услуг и (или) изменении / дополнении лимитов ответственности Страховщика, указанных в разделах 1 и 2 настоящей Программы, и (или) о неприменении данных лимитов и (или) об изменении перечня исключений, предусмотренного разделом 4 настоящей Программы (в т.ч. предусмотреть иные исключения и (или) сократить перечень исключений и (или) дополнить его иными положениями).*