

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 406
от «10» марта 2023 г.
Генеральный директор
АО «СК «Ю-Лайф»



А.В. Захаров

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 39

г. Москва, 2023

Оглавление

1.	Общие положения. Определения	3
2.	Субъекты и объекты страхования.....	6
3.	Страховые риски. Страховые случаи	7
4.	Общие исключения из страхового покрытия.....	7
5.	Порядок заключения и оформления Договора страхования	7
6.	Страховая сумма, страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии	10
7.	Порядок определения размера страховых выплат. Порядок и срок осуществления страховых выплат. Порядок предоставления медицинских услуг.	11
8.	Права и обязанности Страховщика и Страхователя.....	17
9.	Конфиденциальная информация.....	18
10.	Форс-мажор	19
11.	Порядок рассмотрения споров.....	19
12.	Заключительные положения	20
	Приложение № 1.....	21
	Приложение № 2.....	40
	Приложение № 3.....	42

1. Общие положения. Определения

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (именуемые в дальнейшем «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования Акционерным обществом «Страховая компания «Ю-Лайф» (именуемым в дальнейшем «Страховщик»), созданным в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию и получившим лицензию в установленном законом порядке.

1.2. Основные термины, используемые в Правилах страхования:

1.2.1. **Болезнь (заболевание)** - нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем (Застрахованному лицом) в заявлении (декларации) при заключении Договора страхования, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведённых в период срока страхования.

1.2.2. **Инфекционная болезнь** – это наступившее в течение срока страхования нарушение здоровья Застрахованного лица, явившееся следствием взаимодействия с поступившими в его организм в указанный период болезнестворными микробами (бактериями, вирусами и т.п.).

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недоможание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием;

1.2.3. **Врач** – специалист, на законных основаниях допущенный к осуществлению медицинской практики.

1.2.4. **Выгодоприобретатель** - лицо, в пользу которого заключён Договор. Договор считается заключённым в пользу Застрахованного лица.

1.2.5. **Госпитализация** – помещение больного в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, в течение срока страхования для проведения лечения, необходимость которого была вызвана впервые диагностированным в период срока страхования критическим заболеванием из числа указанных в Договоре страхования, согласованного Сервисной компанией/Страховщиком.

При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

1.2.6. **Декларация Застрахованного лица** – сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, его образе жизни и профессиональных занятиях, а также разрешения и согласия на операции с персональными данными и ознакомление с условиями

страхования, письменно подтверждённые перед оформлением Договора, являющиеся основой для Страховщика для принятия на страхование.

1.2.7. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

1.2.8. **Лекарственные препараты** – любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта.

Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

1.2.9. **Лечебное (медицинское) учреждение** — медицинское учреждение, рекомендованное Сервисной компанией/Страховщиком. Это частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинского лечения заболеваний или травм, оснащённая материальными/техническими средствами и укомплектованная квалифицированным персоналом для выполнения мер диагностического и хирургического вмешательства, в которой круглосуточно присутствуют врачи и медицинский персонал.

1.2.10. **Медико-сервисные услуги** — услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания Медицинских услуг и включённые в Медицинскую программу, в том числе: транспортировка, сервисные услуги (проживание, питание и услуги по медицинскому уходу, предоставленные Застрахованному лицу во время пребывания в Медицинской организации и одному сопровождающему лицу, оплата услуг переводчика и телефонной связи, связанные с медицинской необходимостью, репатриация Застрахованного лица, проживание в гостинице (отеле) Застрахованного лица (одного сопровождающего лица), необходимые по медицинским показаниям, оплата услуг, оказываемых прижизненному донору), оформление Сервисной организацией/Медицинской организацией, рекомендованной Страховщиком, различной медицинской документации.

1.2.11. **Медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе, с применением телемедицинских технологий.

1.2.12. **Медицинские услуги** — мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определённую стоимость, направленных на диагностику заболеваний и их лечение.

1.2.13. **Обработчики** — агент(-ы), действующий(-ие) от имени Страховщика, а также другие третьи лица, действующие по поручению Страховщика на основании заключённых с ними договоров, для исполнения которых требуется обработка персональных данных Страхователя и(или) Застрахованного лица;

1.2.14. **Период ожидания** — период времени, начиная с 00:00 часов первого дня действия Договора страхования, в течение которого любое заболевание, которое впервые было диагностировано

в течение данного периода, или о котором в течение данного периода впервые стало известно Застрахованному лицу, либо в течение которого появились иные обстоятельства/состояния, предусмотренных Программой страхования, на условиях которой был заключен Договор страхования, повлекшее/повлекшие обращение Застрахованного лица к Страховщику за организацией Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в период действия Договора страхования, не будут являться страховыми случаем.

1.2.15. Период ожидания не применяется в отношении Договора страхования, который был перезаключён сторонами на условиях, как полностью идентичных условиям предыдущего Договора страхования, так и на условиях, идентичных условиям предыдущего Договора. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования;

1.2.16. **Проживание Застрахованного лица** — пребывание Застрахованного лица в гостинице (отеле) на промежуток времени, согласованный со Страховщиком/Сервисной компанией, необходимый для поступления в лечебное учреждение, амбулаторного лечения и/или после выписки из лечебного учреждения.

1.2.17. **Проживание сопровождающего лица** — пребывание сопровождающего лица в гостинице (отеле) в течение времени, согласованного со Страховщиком/Сервисной компанией, необходимого для лечения Застрахованного лица в лечебном учреждении и/или после выписки из лечебного учреждения.

1.2.18. **Сервисная компания** - компания, оказывающая медицинские и иные услуги либо организующая оказание медицинских услуг, а также организующая лечение, с которой у Страховщика заключён сервисный договор. Страховщиком могут быть заключены сервисные договоры с различными Сервисными компаниями.

1.2.19. **Случайное острое отравление** - это резко развивающиеся болезненные изменения и защитные реакции организма Застрахованного лица, вызванные одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами. Инфекционные болезни, в том числе сопровождающиеся интоксикацией (сальмонеллёз, дизентерия и др.), к случайным острым отравлениям не относятся;

1.2.20. **Событие медицинского характера** - проведение Застрахованному лицу любых обследований, лабораторных исследований крови и всех иных биологических жидкостей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования – пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у Застрахованного лица, выявленные заболевания, обращение Застрахованного лица в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным лицом любого лечения, проведённые операции, госпитализации, несчастные случаи,

направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное;

1.2.21. **Срок страхования** (страхование, обусловленное Договором страхования, период действия страхового покрытия) - период времени, определяемый Договором страхования, в течение которого произошедшее событие, из числа указанных в Правилах страхования (страховой риск) может быть признано страховым случаем, в результате чего у Страховщика возникнет обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами и Договором страхования;

1.2.22. **Стационарное лечение** – это нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в период действия Договора страхования, и/или заболевания, развившегося и диагностированного у него в период действия Договора страхования. При этом стационарным лечением не признается: помещение Застрахованного лица в стационар только для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного, санаторно-курортного курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей. Также не является стационарным лечением помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения;

1.2.23. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор в соответствии с Правилами и уплачивающее страховую премию (страховые взносы) по Договору;

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

1.2.25. **Страховая сумма** - определённая Договором денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая;

1.2.26. **Страховой риск** - предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами производится страхование;

1.2.27. **Страховой случай** - совершившееся событие в течение срока страхования (реализованный с соблюдением условий Правил и Договора страхования страховой риска), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика организовать, в том числе оплатить, предоставление Медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, Застрахованному лицу при условии, что Страховщику предоставлены документы, которые подтверждают наступление такого события;

1.2.28. **Страховщик** — Акционерное общество «Страховая компания «Ю-Лайф», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности на основании полученной в установленном порядке лицензии. В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает договоры добровольного страхования жизни (далее и ранее по тексту

«Договор», «Договор страхования») с физическими лицами;

1.2.29. **Страховые взносы** - периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем;

1.2.30. **Террористические акты** – действия, к которым, в частности, относится применение силы или насилия и/или угроз такого применения, совершаемые лицом или группой(-ами) лиц самостоятельно, от имени или во взаимосвязи с любой организацией(-ями) или правительством(-ами), которые осуществляются в политических, религиозных, идеологических или аналогичных целях, в т. ч. с намерением повлиять на какое-либо правительство и/или вызвать у общественности или какой-либо части общественности страх; либо использование любого биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, устройства или оружия.

1.2.31. **Травма** - это нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного внешнего воздействия физических (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) или химических факторов внешней среды, диагноз которого поставлен на основании известных медицинской науке объективных симптомов;

1.2.32. **Трансплантация** — операция по замещению тканей и/или органов Застрахованного лица взятыми из другого организма или созданными искусственно тканями или органами.

1.2.33. **Транспортировка** – перемещение Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) в связи с проведением лечения, рекомендованным Сервисной компанией/Страховщиком, транспортом от места постоянного проживания (на территории Российской Федерации) до лечебного учреждения на территории или за пределами Российской Федерации и обратно из лечебного учреждения до места постоянного места проживания (на территории Российской Федерации).

1.2.34. **Услуги по репатриации** – услуги, связанные с транспортировкой останков Застрахованного лица (либо донора) к месту, где ранее (до своей смерти) постоянно проживало Застрахованное лицо (либо донор) в связи со смертью Застрахованного лица и(или) донора, произошедшей в процессе проведения лечения по одному из указанных в соответствующей программе страхования заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.

1.2.35. **Хирургическая операция** – все операции, проводимые в диагностических либо лечебных целях, выполняемые путём надреза или иных способов внутреннего проникновения хирургом в медицинском учреждении, для проведения которых обычно требуется наличие операционной.,

1.2.36. **Экспериментальное лечение** – лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтический продукт, предназначенные для медицинского или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

1.2.37. **Экспертное медицинское мнение** (**«Второе мнение»**) – структурированный процесс предоставления консультативного заключения, составленного на основе сбора и детального изучения врачом-экспертом мирового класса медицинских данных пациента. Услуга предоставляется в отношении заболеваний/состояний, перечисленных в настоящих Правилах, но не более перечня, указанного в Договоре страхования. Услуга предоставляется Сервисной организацией.

1.3. На страхование не принимаются лица, соответствующие критериям, указанным в программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования, если иное решение не было принято Страховщиком по результатам индивидуального преддоговорного андеррайтинга.

1.4. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику о Застрахованном лице заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в Заявлении на страхование и/или анкете Застрахованного лица или будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее в одну из категорий, указанных в п. 1.3. Правил, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику/скрыл обстоятельства, перечисленные в п. 1.3. настоящих Правил и эти обстоятельства были выявлены после вступления Договора страхования в силу, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным в отношении такого лица и применения последствий, предусмотренных ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

1.5. Подписывая Договор страхования и Заявление на страхование соответственно, Страхователь и Застрахованное лицо подтверждают своё согласие с тем, что Страховщик и действующие по его поручению Обработчики могут осуществлять следующие операции с персональными данными Страхователя (представителя Страхователя) и Застрахованного лица (далее – «ПДн»): сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации, так и без их использования.

Данное согласие распространяется на все ПДн, содержащиеся в Договоре страхования, а также иных документах, предоставленных Страховщику в целях заключения и(или) исполнения Договора страхования, в том числе данные о состоянии здоровья, сведения, предоставленные в связи с наступлением страхового случая, включая сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011, а также данные, которые были устно переданы Страховщику. Страховщик обрабатывает ПДн с целью заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования, решения вопроса о страховой выплате, а также контроля и оценки качества услуг, согласно условиям Договора страхования.

Согласие на обработку ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может

быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

1.6. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что согласен на получение от Страховщика, его агентов, партнёров, иных уполномоченных им лиц сообщений, направленных в виде электронных писем на электронный адрес, который Страхователь предоставил Страховщику, а также смс-сообщений на предоставленный указанным лицам номер телефона, связанных с изменением, исполнением и/или расторжением настоящего Договора, а также текстовых сообщений рекламного и иного характера. Страхователь также даёт своё согласие Страховщику на осуществление аналогичного характера звонков на

предоставленный им номер телефона. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает правильность указанного им электронного адреса и номера телефона, а также наличие бесперебойного доступа к ним.

1.7. Территорией страхования является территория, в пределах которой произошедшие события, предусмотренные условиями Договора страхования, рассматриваются Страховщиком в качестве страховых случаев.

Если иное специально не предусмотрено условиями Договора страхования, территорией страхования является любая территория, за исключением зон военных действий, иных военных мероприятий, а также зон, подверженных радиоактивному заражению.

2. Субъекты и объекты страхования

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

2.2. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы,

связанные с оплатой медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или его состояния, требующих организации и оказания таких услуг в объеме и на условиях программы страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является предусмотренное Договором страхования свершившееся событие, поименованное в п. 3.3. Правил страхования, подтверждённое в установленном Правилами страхования порядке документами, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в Разделе 4. Правил страхования).

3.3. Страхование по Договору страхования осуществляется по страховому риску «Лечение СОЗ», под которым в контексте настоящих Правил страхования понимается возникновение обстоятельств (заболеваний, состояний), предусмотренных Договором страхования и приложенной к нему Программой страхования, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой страхования, при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, повлекшее обращение Застрахованного лица к Страховщику за организацией Медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в период действия Договора. При этом заболевание/состояние, требующее организации Медицинских и иных услуг, в том числе хирургического вмешательства и/или трансплантации, должно быть

впервые диагностировано и проведение хирургического вмешательства и/или трансплантация должны быть впервые назначены в течение срока страхования после окончания периода ожидания, а в случае продления Договора страхования в отношении данного риска – с первого дня очередного срока действия Договора страхования в отношении данного риска

Особенности страхования по настоящему страховому риску приводятся в Программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования, в том числе, в ней раскрываются понятия: Застрахованное лицо, действие страхования, временная франшиза (период ожидания), страховая сумма, территория, заболевания, операции, страховой случай, организация лечения, исключения из страхового покрытия и т.п. Условия Программы страхования имеют приоритет над иными условиями настоящих Правил.

3.4. В случае, если в Договоре страхования не содержится полное описание риска, а указывается только его наименование, это означает, что полное описание данного риска содержится в настоящих Правилах страхования и риском признается только то событие, которое соответствует описанию, содержащемуся в настоящих Правилах.

3.5. События, предусмотренные в п.3.3. настоящих Правил, могут быть признаны страховыми случаями, если они подтверждены документами в соответствии с положениями, предусмотренными разделом 7. Правил.

4. Общие исключения из страхового покрытия

4.1. События, предусмотренные п. 3.3. Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли в результате событий (обстоятельств), прямо оговоренных в программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью

Договора страхования, но в пределах закрытого перечня, указанного в Программе страхования приложенной к настоящим Правилам страхования форме Договора страхования.

5. Порядок заключения и оформления Договора страхования

5.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное

заявление Страхователя. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение

письменной формы Договора страхования влечёт недействительность Договора страхования. Договор страхования заключается путём составления одного документа, подписанного Сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его устного заявления полиса, подписанного Страховщиком.

5.2. При составлении Договора страхования в форме одного документа, подписываемого сторонами, Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр Договора страхования — для Страхователя, другой экземпляр Договора страхования — для Страховщика.

5.3. При подписании Договора (полиса) страхования, соглашений о внесении изменений в Договор страхования (полис) Страховщик может использовать аналог собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналог печати Страховщика. Под аналогом подписи и печати понимается их факсимильное воспроизведение, выполненное при помощи программного обеспечения. Документы, подписанные указанным способом, имеет такую же юридическую силу, что и документы, подписанный оригинальной подписью.

5.4. Заявление на страхование может быть предоставлено Страховщику с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", личного кабинета «Ю-онлайн», размещённого на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - заявление на заключение Договора страхования в электронном виде, подписанное простой электронной подписью.

5.4.1. Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа в следующих случаях:

5.4.1.1. С использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", если страховая премия по Договору страхования за весь срок страхования не превышает 15 000 (пятнадцать тысяч) рублей либо сумму в иностранной валюте, эквивалентную 15 000 (пятнадцать тысяч) рублей (за исключением случая, когда у Страховщика возникают подозрения, что заключение Договора страхования осуществляется в целях легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путём, или финансированию терроризма);

5.4.1.2. С использованием личного кабинета «Ю-онлайн», размещённого на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", если Страхователь является действующим клиентом Страховщика на момент заключения Договора страхования и Страховщиком проведена идентификация Страхователя в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом от 07.08.2001 №115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, и финансированию терроризма" (за исключением случая, когда у Страховщика возникают сомнения в достоверности представленных ранее идентификационных сведений Страхователем).

5.4.2. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, заключается посредством направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции) или размещения в личном кабинете «Ю-онлайн»

страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ "Об электронной подписи". Договор считается заключённым Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым своё согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях

5.4.3. Заключение Договора страхования в виде электронного документа осуществляется с использованием официального сайта Страховщика в информационно-теле коммуникационной сети "Интернет", в том числе с использованием личного кабинета «Ю-онлайн», размещенного на официальном сайте Страховщика в информационно-теле коммуникационной сети "Интернет".

5.4.4. Доступ к указанному официальному сайту Страховщика для совершения действий, предусмотренных п. 5.4.1. Правил, может осуществляться Страхователем (Застрахованным лицом) с использованием единой системы идентификации и аутентификации либо в ином порядке, установленном Страховщиком.

5.5. В случае предоставления Страхователем информации для заключения Договора страхования не в виде подписанного Страхователем документа в бумажном виде или не в виде электронного документа, предоставленного с использованием официального сайта Страховщика или личного кабинета «Ю-онлайн», такая информация считается предоставленной Страхователем устно.

5.6. Предложение заключить Договор страхования может быть оформлено Страховщиком в виде публичной оферты. Публичная оferта должна содержать все существенные условия Договора.

5.7. Для заключения Договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо предоставляет Страховщику следующие сведения и(или) документы:

5.7.1. документы, удостоверяющие личность;

5.7.2. документы, удостоверяющие гражданство;

5.7.3. документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ;

5.7.4. миграционную карту (если в соответствии с действующим законодательством она должна быть оформлена при пересечении данным иностранным гражданином или лицом без гражданства границы РФ);

5.7.5. анкету Застрахованного лица, в том числе, содержащую сведения о состоянии здоровья, виде и характере его деятельности (по требованию Страховщика);

5.7.6. документы и сведения, получение которых связано с требованиями законодательства РФ, в том числе, в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения, документы, получаемые в целях идентификации лица, на которое распространяется законодательство иностранных государств о налогообложении иностранных счетов, в том числе,

включая, но не ограничиваясь: идентификационный номер налогоплательщика лица, являющегося резидентом иностранного государства (TIN) - при наличии последнего, сведения о том, является ли Страхователь налоговым резидентом иностранного государства), а также документы и сведения, получение которых необходимо с выполнением иных требований, установленных законодательством.

5.7.7. идентификационный номер налогоплательщика (далее — ИНН);

5.7.8. контактную информацию: номера телефонов, адрес электронной почты, полный почтовый и фактический адрес, платёжные реквизиты. Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов, запрашиваемых у Страхователя.

5.7.9. анкету (досье) клиента и Выгодоприобретателя, являющихся физическими лицами (Приложение № 2 к Правилам) для клиента, Выгодоприобретателя и бенефициарного владельца.

5.8. При заключении Договора страхования, Страхователь и Застрахованное лицо обязаны сообщить Страховщику все известные Страхователю/Застрахованному лицу обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (далее – обстоятельства, имеющие значение для определения страхового риска) в отношении принимаемого на страхование лица.

5.9. Обстоятельствами, имеющими значение для определения страхового риска, признаются сведения, определённо оговорённые Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре страхования, Декларации (Гарантии и заверения) Страхователя/Застрахованного лица, которая является неотъемлемой частью Договора страхования, Анкете Застрахованного лица (если Анкета была предоставлена Страхователю/Застрахованному лицу при заключении Договора или в течение срока его действия), а также в документах и сведениях, запрошенных Страховщиком при заключении Договора страхования в том числе (включая, но не ограничиваясь):

5.9.1. сведения о возрасте, поле, весе, росте, состоянии здоровья, сведения о диспансерном учёте (включая сведения, предусмотренные пп. 1.3. - 1.4. настоящих Правил);

5.9.2. сведения о занятости и профессиональной деятельности (место работы, должность, наличие вредных производственных факторов, участие в испытаниях военной техники и иных подобных операциях, наличие командировок, служба в вооружённых силах, работа на территории военных действий или вооружённых конфликтов, о занятости в области профессиональной или непрофессиональной авиации, занятости в сфере особого риска (химическое производство, атомная энергетика, добывающая промышленность, ионизирующее излучение и пр.);

5.9.3. сведения об образе жизни (занятие спортом, путешествия, экспедиции, наличие вредных привычек, информация о судимости и т.д.);

5.9.4. сведения о финансовом положении и личном страховании (суммарный годовой доход за последний год, наличие невыплаченных кредитов/займов; об имевшихся или имеющихся Договорах страхования, либо обращениях об их заключении, об отказах в заключении Договора страхования, получения страховых выплат, отказов в получении страховых выплат и пр.).

В случае необходимости Страховщик вправе запросить сведения из бюро кредитных и страховых историй; документального подтверждения действующих Договорах страхования в других страховых компаниях.

В целях оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать личного присутствия Застрахованного лица, а также запросить у Страхователя/Застрахованного лица следующую медицинскую документацию, которую Страхователь/Застрахованное лицо обязано представить как при заключении, так и при исполнении Договора страхования:

5.9.5. справки из лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) с указанием диагноза и сроков лечения, справки врачей-специалистов о состоянии здоровья на момент заключения Договора;

5.9.6. копию медицинской карты, заверенную ЛПУ (по запросу Страховщика- оригинал); выписки из амбулаторной/стационарной медицинских карт за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь;

5.9.7. копию (по запросу Страховщика — оригинал) Индивидуальной карты беременной и родильницы;

5.9.8. копию направления на Медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), Акт МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности, а также копию Протокола проведения МСЭ;

5.9.9. копию паспорта здоровья (по запросу Страховщика – оригинал).

Страховщик вправе потребовать прохождения Застрахованным лицом медицинского осмотра (освидетельствования, обследования) для оценки состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счёт Страховщика.

5.10. Стороны вправе договориться о включении в Договор изменений, исключений отдельных положений Правил или о дополнении к ним. Все относящиеся к Договору анкеты, изменения, соглашения и дополнения, надлежащим образом оформленные Сторонами, а также настоящие Правила, являются неотъемлемой частью Договора.

5.11. Договор может содержать иные условия, определяемые по соглашению Сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

5.12. Все изменения к Договору осуществляются на основании двустороннего соглашения сторон и оформляются в виде Дополнительного соглашения к Договору или в одностороннем порядке путём отправки Страховщиком и(или) Страхователем уведомления о внесении изменений в Договор в случаях, предусмотренных Правилами страхования, а также законодательством, если характер таких изменений позволяет осуществлять их в одностороннем порядке и не противоречит законодательству.

Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой и(или) усиленной неквалифицированной электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ "Об электронной подписи", признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица. Перечень документов и(или) информации и виды электронной подписи, которым

могут быть подписаны предоставляемая Страховщику информация и(или) документы, указывается на официальном сайте Страховщика.

5.13. Все письменные/электронные уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам/электронным адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

5.14. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Договор вступает в силу с даты, следующей за датой заключения Договора страхования, если в Договоре страхования не установлена иная дата. Датой заключения Договора страхования (полиса), оформленного в бумажном виде, считается дата подписания его Страхователем или дата вручения Договора страхования (полиса), подписанного Страховщиком, Страхователю Датой заключения Договора в электронном виде является дата оплаты страховой премии.

При этом срок страхования (страховое покрытие) начинает действовать с даты, следующей за датой оплаты страховой премии или её первого взноса, если в Договоре страхования не установлена иная дата начала страхования (страхового покрытия).

Если сторонами в Договоре не предусмотрены иные последствия неоплаты страховой премии (или её первого взноса) в установленный Договором страхования срок, неоплата или оплата в неполном размере Страхователем страховой премии (или её первого взноса) в течение указанного срока является обстоятельством, исключающим обязательство Страховщика произвести страховую выплату в случае наступления события, произошедшего с момента вступления Договора в силу до даты, установленной для оплаты страховой премии, включительно. Неоплата очередного страхового взноса в установленный Договором срок или оплата в меньшем размере является обстоятельством, предоставляющим Страховщику право на односторонний отказ от Договора страхования.

5.15. Договор прекращается в случаях:

5.15.1. истечения срока действия Договора;
5.15.2. исполнения Страховщиком

обязательств по Договору в полном объёме;

5.15.3. смерти Застрахованного лица;

5.15.4. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

5.15.5. досрочного расторжения Договора по инициативе Страхователя (отказ от Договора страхования в силу п. 2 ст. 958 ГК РФ) или по взаимному соглашению Сторон. Договор считается прекратившим действие с 00 часов дня, следующего за днём получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или подписания Дополнительного соглашения соответственно, если иное не предусмотрено настоящими Правилами.

5.15.6. досрочного расторжения по инициативе Страховщика в случае неоплаты страховой премии (страхового взноса) в течение срока, установленного Договором страхования для оплаты страховой премии (страхового взноса).

5.15.7. по соглашению Сторон;

5.15.8. В случае не предоставления Страховщиком информации о договоре страхования по форме ключевого информационного документа об условиях добровольного страхования;

5.15.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.16. Страхователь-физическое лицо имеет право отказаться от Договора добровольного страхования в течение Периода охлаждения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, при этом оплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в следующем порядке:

5.16.1. в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение Периода охлаждения до момента вступления в силу страхования, обусловленного Договором страхования (страхового покрытия), то уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объёме;

5.16.2. в случае, если Страхователь отказался от Договора в течение Периода охлаждения, но после вступления в силу страхования, обусловленного Договором страхования (страхового покрытия), то уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком пропорционально сроку, оставшемуся до окончания срока страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В случае, если Страхователю был произведён возврат страховой премии в соответствии с пунктами 5.16.1., 5.16.2. настоящих Правил, Договор страхования и страховое покрытие прекращает своё действие с момента начала периода, за который был осуществлён возврат страховой премии. Событие, наступившее в течение периода, за который был осуществлён возврат страховой премии, страховым не признается, и страховая выплата по нему не производится.

5.17. Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон.

Возврат Страхователю страховой премии осуществляется в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, наличными деньгами или в безналичном порядке по выбору Страхователя.

5.18. Продолжительность Периода охлаждения определяется Договором страхования. Если в Договоре страхования такой период не указан, то он составляет 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования.

5.19. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причине, указанной в п. 5.15.7. Правил страхования, порядок расчётов определяется в соглашении Сторон;

5.20. В случае прекращения Договора по инициативе Страховщика на основании пункта 5.15.6. настоящих Правил Договор страхования считается прекращённым с даты, следующей за днём, указанным в уведомлении Страховщика о расторжении Договора страхования.

5.21. В случае прекращения Договора по причине, указанной в п. 5.15.8. Правил уплаченная Страхователем страховая премия (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату Страхователю в течение 7 (семи) рабочих дней с момента подачи

Страховщику заявления об отказе от договора страхования.

5.22. Досрочное расторжение Договора страхования до истечения срока, на который он был заключён, влечёт за собой прекращение обязательств Сторон по Договору страхования, за исключением тех, которые связаны с таким прекращением.

5.23. Правила страхования являются Приложением к Договору страхования, как его неотъемлемая часть. Договором страхования может быть предусмотрено, что

Правила страхования подлежат размещению на сайте Страховщика в сети «Интернет» и содержать ссылку на адрес размещения Правил либо Страхователь должен быть проинформирован об условиях Правил путём направления файла, содержащего текст правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путём вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещён файл, содержащий текст данного документа.

6. Страховая сумма, страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2. При заключении группового/коллективного Договора страхования стороны устанавливают страховую сумму в отношении каждого Застрахованного лица отдельно. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, общая страховая сумма по Договору определяется путём сложения страховых сумм по всем Застрахованным лицам.

6.3. Страховая сумма или способ её определения устанавливается в Договоре страхования по соглашению между Страховщиком и Страхователем.

6.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в течение срока действия Договора страхования страховая сумма является постоянной.

6.5. Страховщик вправе установить минимальный и максимальный размер страховой суммы, в пределах которых может быть установлена страховая сумма в Договоре страхования, и вправе отказать Страхователю в заключении или изменении условий Договора, если после запрошенного изменения страховая сумма в Договоре страхования окажется ниже минимально установленной или выше максимальной страховой суммы, установленной Страховщиком.

6.6. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, – в иностранной валюте.

6.7. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, при «страховании в эквиваленте» страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте, рассчитанной по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования. Договором страхования может быть установлен иной курс иностранной валюты и/или иная дата его определения.

6.8. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком. Страховая премия рассчитывается исходя из тарифной ставки, страховой суммы и срока страхования с учётом порядка оплаты страховой премии. Страховщик устанавливает тарифные ставки на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных Страховщиком, с применением повышающих и понижающих коэффициентов, учитывающих возможные факторы риска, результаты проведённой им оценки страхового риска, осуществляющейся на основании: информации и документов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении Договора страхования, информации, самостоятельно полученной Страховщиком, заключений экспертов,

которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в Договор страхования.

6.9. Страховая премия уплачивается в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.10. При «страховании в эквиваленте» страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчёту, если Договором страхования не установлен иной курс иностранной валюты и/или иная дата его определения.

6.11. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок страхования или в рассрочку страховыми взносами в соответствии с условиями, установленными Договором страхования.

6.12. Если иное не предусмотрено Договором, то срок уплаты страховых взносов в рассрочку устанавливается равным сроку страхования.

6.13. Страховая премия или первый страховой взнос должны быть оплачены в сроки, установленные Договором страхования.

6.14. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхование, обусловленное Договором страхования (страховое покрытие), распространяется только на события, произошедшие после вступления в силу Договора страхования.

6.15. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днём оплаты страховой премии считается:

6.15.1. при оплате наличными денежными средствами – дата оплаты премии наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;

6.15.2. при безналичной оплате – дата списания денежных средств со счёта Страхователя.

6.16. Страховые взносы уплачиваются до дат, указанных в Договоре. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты в неполном объёме, а также последствиях таких нарушенных способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

6.17. В случае, если до момента окончания срока для оплаты очередного страхового взноса Страхователем не будет произведена оплата в полном объеме, то Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть договор страхования без возврата страховой премии.

7. Порядок определения размера страховых выплат. Порядок и срок осуществления страховых выплат. Порядок предоставления медицинских услуг.

7.1. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки наступления страхового случая, Страховщик по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) должен его проинформировать:

7.1.1. обо всех предусмотренных Договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

7.1.2. о предусмотренных Договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.

Информирование осуществляется способом, указанным в запросе Страхователя (Застрахованного лица), а в случае, если такой способ не указан - посредством направления информации на почтовый и фактический адрес, указанный в Договоре страхования.

7.2. При условии соблюдения Страхователем содержащихся в Правилах страхования и Договоре страхования положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик:

7.2.1. в счёт страховой выплаты (страховой суммы) организовывает оказание медицинских услуг Застрахованному лицу и оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в соответствии с условиями Правил, программой страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования;

7.2.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным лицам услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ;

7.2.3. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключённым со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным лицам, предусмотренные Договором страхования;

7.2.4. Выплата осуществляется Страховщиком в пределах Страховой суммы, установленной по данному риску, путём оплаты стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской и иной помощи (медицинских и медико-сервисных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение или Сервисную компанию по их счетам, при условии, что установленный Застрахованному лицу диагноз или рекомендуемое ему хирургическое вмешательство соответствуют определениям, предусмотренным выбранной при заключении Договора страхования Программой страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования, соответствующее лечение или операция являются необходимыми с медицинской точки зрения, а также, в случае признания Страховщиком случая страховым,

согласно данным Правилам, условиям Договора страхования и Программы страхования, являющейся его неотъемлемой частью.

7.2.5. В соответствии с условиями Договора страхования и условиями Программы страхования, которая указана в Договоре страхования и является приложением к нему, будут оплачены расходы (в пределах лимитов, указанных в Программе страхования), возникшие в связи с покрываемыми Договором страхования и Программой страхования заболеваниями, хирургическими вмешательствами и медицинскими процедурами, которые приведены в Программе страхования.

7.3. Страховая выплата производится на основании письменного заявления Выгодоприобретателя с приложением документов, предусмотренных Правилами страхования и/или Договором страхования, и страхового акта.

7.4. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключённым с другими страховщиками и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

7.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, по страховому риску «Лечение СОЗ» размер страховой выплаты рассчитывается из стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, указанной в Договоре страхования, при этом суммарный размер произведённых страховых выплат по каждому страховому случаю, произошедшему в течение срока страхования для всех Застрахованных лиц не может превышать размера Страховой суммы, установленной Договором страхования по этому страховому риску (если такая сумма установлена Договором). Общий размер произведённых страховых выплат в связи с одним / несколькими страховыми случаями, произошедшими в течение срока страхования по Договору страхования, не может превышать размера страховой суммы по страховому риску «Лечение СОЗ»;

7.6. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о страховой выплате, в соответствии с Разделом 7 настоящих Правил, Страховщик в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней принимает решение о признании события страховым либо не страховым случаем.

7.7. В случае принятия положительного решения Страховщик составляет страховой Акт по установленной форме и утверждает его. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента утверждения страхового Акта (признания случая страховым), если Договором страхования не установлен иной порядок выплаты.

7.8. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате, Страховщик информирует об этом лицо, претендующее на получение страховой выплаты, в письменном виде, в течение 3 (трёх) рабочих дней после принятия решения об отказе в выплате с указанием оснований принятия такого решения со ссылками на нормы права и(или) условие Договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том

объёме, в каком это не противоречит законодательству.

7.9. По письменному запросу Страхователя и(или) Выгодоприобретателя (Застрахованного лица) Страховщик в срок, не превышающих 30 дней, предоставляет ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе, копии документов и(или) выписки из них, на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация предоставляется в том виде, в каком это не противоречит законодательству.

Обязанность Страховщика, предусмотренная настоящим пунктом, считается исполненной с момента сдачи Страховщиком уведомления на почту, передачи курьеру или иной организации, осуществляющей доставку корреспонденции.

7.10. Днём выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке или дата выдачи их наличными из кассы.

7.11. Организация оказания медицинских и иных услуг в соответствии с условиями настоящих Правил осуществляется Страховщиком при условии, что страховая премия (страховые взносы) уплачивалась Страхователем в размере и в сроки, которые установлены Договором, при этом по страховому риску «Лечение СОЗ»:

7.11.1. В случае признания Страховщиком случая страховым, согласно данным Правилам, условиям Договора страхования и Программе страхования, Сервисная компания в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному лицу информацию о минимум 3 (трёх) лечебных учреждениях для прохождения соответствующего лечения и/или проведения ему соответствующей операции, в соответствии с п. 3.3. Правил страхования и указанной в Договоре страхования Программой страхования.

7.11.2. Получив заключение Страховщика о признании случая страховым и предложение Сервисной Компании, Застрахованное лицо имеет право выбрать одно из предложенных ему лечебных учреждений для лечения диагностированного критического заболевания/проведения рекомендованного хирургического вмешательства, либо отказаться от лечения/проведения операции или предложенных ему лечебных учреждений.

7.11.3. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения Застрахованного лица о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения, Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного лица в выбранное лечебное учреждение в срок не менее 14 рабочих дней.

7.11.4. Сервисная компания обеспечивает Застрахованному лицу доступ к соответствующему лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранном лечебном учреждении, согласно диагностированному критическому (смертельно опасному) заболеванию и/или назначенному хирургическому вмешательству в соответствии с п. 3.3. Правил страхования и указанной в Договоре страхования Программой страхования. Медицинские и Медико-сервисные услуги,

оказываемые в иных лечебных учреждениях, помимо согласованных, не покрываются страхованием.

7.12. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчёте суммы страховой выплаты, которая должна включать:

7.12.1. страховую сумму (её часть), подлежащую выплате;

7.12.2. порядок расчёта страховой выплаты;

7.12.3. исчерпывающий перечень норм права и (или) условий Договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведён расчёт.

7.13. Право на получение страховых выплат принадлежит лицу, в пользу которого заключён Договор страхования.

7.14. Для получения страховой выплаты Страховщику, если иное не предусмотрено Договором страхования, должны быть представлены следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая по риску «Лечение СОЗ»:

7.14.1. Вне зависимости от причины наступления страхового случая для признания Страховщиком случая страховым и получения страховой выплаты в форме организации оплаты лечения Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь), после диагностирования Застрахованному лицу заболевания/ получения рекомендации по поводу проведения хирургического вмешательства/ после госпитализации в связи с лечением заболевания/ проведения хирургической операции, должен предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, если Договором не установлен сокращённый перечень документов:

7.14.1.1. письменное заявление Застрахованного лица с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой установления диагноза критического заболевания, направление на хирургическую операцию либо послуживших причиной госпитализации Застрахованного лица;

7.14.1.2. документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного лица), подтверждающие заболевание или направление Застрахованного лица на операцию, обладающих признаками страхового случая, а также подтверждающие тот факт, что диагноз заболевания установлен и лечение (в том числе операция) назначено впервые в период действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица. В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтверждённый общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведённых диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследования), проведённое

лечение;

7.14.1.3. материалы для гистологического исследования (где это применимо);

7.14.1.4. оригинал заключения врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза и рекомендаций;

7.14.1.5. выписка из стационара, подтверждающая сроки пребывания в стационаре, диагноз и проведённое лечение;

7.14.1.6. оригинал медицинского заключения о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.);

7.14.1.7. по требованию Страховой/Сервисной компании Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь) может предоставить сканированные копии вышеуказанных документов (где это применимо).
7.15. В дополнение к документам, перечисленным выше в п. 7.14, в зависимости от причины наступления страхового случая, предоставляются медицинские или иные документы, раскрывающие обстоятельства произошедшего события:

7.15.1. медицинские документы, указывающие на факт получения в период действия договора страхования случайного острого отравления, заболевания, обстоятельства их получения/диагностирования, полный диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия, а также медицинские документы об обследовании и лечении по поводу заболевания, содержащие полный клинический диагноз, сведения о времени начала заболевания (дата заболевания) и дате установления диагноза, сроки лечения и временной нетрудоспособности, связанных с ним предшествовавших заболеваниях, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза;

7.15.2. эпикризы из лечебных учреждений;

7.15.3. выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства/ работы за весь срок наблюдения, с указанием даты события, точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведённого лечения, дат госпитализаций и их причин и времени нахождения на листке нетрудоспособности;

7.15.4. амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/ работы карта стационарного больного;

7.15.5. результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цитогистологических, эндоскопических, функциональных, электрофизиологических исследований;

7.15.6. заключения и результаты консультаций медицинских специалистов; протокол хирургического вмешательства;

7.15.7. сопроводительный лист скорой медицинской помощи;

7.15.8. журналы регистрации приёмных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных.

7.15.9. документы компетентных органов, проводивших расследование обстоятельств наступления события;

7.15.10. постановления (определения) следственных органов;

7.15.11. решение (определение) или приговор суда;

7.15.12. иные документы, необходимые для признания случая страховыми:

7.15.13. акт о случае профессионального заболевания по форме, установленной законодательством РФ;

7.15.14. заключения врачебно-лётной экспертной комиссии и/или военно-врачебной комиссии;

7.15.15. справка из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора с указанием зарегистрированного диагноза;

7.15.16. документ, подтверждающий факт нахождения Застрахованного лица в момент страхового случая на территории страхования;

7.15.17. анкета лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты. Идентификация указанных лиц проводится Страховщиком для соблюдения требований к идентификации получателей страховых услуг и их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения (Приложение № 2 к Правилам).

7.15.18. Страховщиком могут быть дополнительно запрошены для установления факта страхового случая:

7.15.18.1. копия медицинской карты Застрахованного лица;

7.15.18.2. Данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки; заключение врача-рентгенолога; КТ, протокол с заключением; МРТ, протокол с заключением; ЭКГ; ЭЭГ с заключением; ЭхоЭГ с заключением; РЭГ с заключением; анализы / исследования физиологических жидкостей; цитологическое / гистологическое / морфологическое исследование и т.п.);

7.15.18.3. Письменное объяснение Застрахованного лица / его законного представителя по вопросам, возникшим в ходе рассмотрения предоставленных документов по заявленному событию, обладающему признаками страхового;

7.15.18.4. Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

7.16. Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником, либо в электронной форме, если возможность предоставления документов в электронной форме предусмотрена условиями продукта согласно описанию на сайте. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.

Создание и отправка Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информации в электронной форме (уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для получения страховой выплаты может осуществляться с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в случае, если на официальном сайте размещена информация о возможности предоставления по данному продукту документов для рассмотрения вопроса о страховой выплате в электронной форме. Доступ к указанному

официальному сайту Страховщика для совершения действий, предусмотренных настоящей статьёй, может осуществляться Страхователем (Застрахованным лицом) с использованием единой системы идентификации и аутентификации либо в ином порядке, установленном Страховщиком.

7.17. Страховщик может осуществлять страховые выплаты на основании заверенных им копий оригиналов документов, которые были представлены Страховщику для получения страховой выплаты.

7.18. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности/недостаточности фактически предоставленных документов и запросить недостающие документы/сведения/информацию в случае выявления им факта предоставления документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) предоставления ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и (или) Договора страхования. Срок принятия решения по страховой выплате при этом начинает течь с даты предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

7.19. Страховщик обязан в письменной форме (по почтовому или электронному адресу, указанному в Договоре страхования, заявлении на выплату) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения комплекта документов либо последнего полученного Страховщиком документа.

7.20. Если событие, имеющее признаки страхового случая, произошло с Застрахованным лицом за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские и иные документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая с Застрахованным лицом, характер полученных им повреждений, с проставленным на них апостилем или с отметкой о прохождении консульской легализации (по требованию Страховщика). Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и по их переводу оплачивает получатель страховой выплаты.

7.21. В случае необходимости Страховщик имеет право самостоятельно выяснить у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим страховым случаем, а также организовывать за свой счёт проведение независимых экспертиз.

7.22. Страховщик имеет право приостановить рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, если Страхователь (Выгодоприобретатель) имел возможность, но не предоставил Страховщику документы и информацию, необходимые для оценки причин страхового события,

или предоставил недостоверную информацию. В дальнейшем Страховщик возобновляет рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, с момента получения всех необходимых документов.

7.23. Также в случае непредставления Застрахованным лицом / его законным представителем сведений и/или документов, необходимых для организации медицинских и/или медико-сервисных услуг, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок урегулирования убытка до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

7.24. В случае наличия противоречий в документах, предоставленных Страховщику в соответствии с условиями настоящих Правил для подтверждения факта страхового события, Страховщик имеет право на проведение независимых экспертиз для установления причин и обстоятельств наступления события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем.

7.25. Отказ Страховщика произвести страховую выплату в форме организации оказания медицинских и/или сервисных услуг может быть обжалован Застрахованным лицом в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и Договором страхования.

7.26. По Договорам страхования с валютным эквивалентом оплата медицинских и сервисных услуг производится в российских рублях по курсу ЦБ РФ на день выплаты (перечисления). По требованию получателя выплаты, не являющегося резидентом РФ, выплата может быть произведена в иностранной валюте в порядке, предусмотренном валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

7.27. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате в форме оказания медицинских и сервисных услуг по причине утраты им предоставленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

7.28. В случае если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

7.29. Исключение составляют случаи обращения за страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля. Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель страховщику, но не переданных передавшим страховской портфель страховщиком принявшему страховской портфель страховщику.

8. Права и обязанности Страховщика и Страхователя

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами, условиями Договора, разъяснить ему условия, содержащиеся в Правилах и Договоре страхования;

8.1.2. рассмотреть вопрос о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты или отказе в выплате в соответствии с разделом 4 Правил страхования, а также

иными условиями Правил страхования и/или положениями Договора страхования. При признании наступившего события страховым случаем Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с Правилами страхования и условиями Договора страхования;

8.1.3. без письменного согласия Застрахованного лица (уполномоченного представителя Страхователя) не разглашать личные данные и сведения об имущественном положении

указанных лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

8.1.4. по заявлению Страхователя на внесение изменений в Договор страхования подготовить дополнительное соглашение к Договору страхования и предоставить его для подписания Страхователю или уведомить Страхователя об отказе внести соответствующие изменения.

8.1.5. выполнять иные действия в целях заключения и(или) исполнения Договора страхования, предусмотренные действующим законодательством и настоящими Правилами.

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. проверять сообщаемую Страхователем/Застрахованным лицом информацию, в том числе о возрасте, состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований и положений Правил и Договора любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.2.2. требовать от Страхователя выполнения обязанностей по Договору страхования. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несёт Застрахованное лицо;

8.2.3. делать запросы в следственные органы и лечебные учреждения с целью получения документов об обстоятельствах наступления заявленного события (в том числе сведений, составляющих медицинскую тайну), а также требовать от Страхователя, Застрахованного лица предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину заявленного события;

8.2.4. провести собственное расследование любым доступным Страховщику способом, не противоречащим законодательству Российской Федерации;

8.2.5. если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового события, предусмотренного Договором страхования, то Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным;

8.2.6. в целях осуществления страховой выплаты спличь оригинал представленного документа с его копией и заверить подлинность этой копии;

8.2.7. не исполнять условия Договора страхования, связанные с организацией оказания медицинских и сервисных услуг в связи с наступлением страхового случая при непредставлении Страхователем документов и сведений, необходимых Страховщику в целях реализации требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.2.8. требовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставления документов и сведений, необходимых для осуществления функций, предусмотренных действующими нормативными

требованиями в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.2.9. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. при заключении Договора представить документы и сведения, необходимые для оценки страхового риска и заключения Договора, обеспечить получение Страховщиком требуемой им информации в течение срока действия Договора о состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, необходимой для определения степени и особенностей риска наступления страховых случаев;

8.3.2. уплачивать страховую премию в размерах и в сроки, определённые Договором;

8.3.3. получить согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных в соответствии с условиями Договора страхования;

8.3.4. уведомить Страховщика любым доступным Страхователю способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения (факсом, почтовым отправлением, электронным письмом, телеграммой в адрес Страховщика):

8.3.4.1. о наступлении смерти Застрахованного лица в срок не позднее 35 (тридцати пяти) календарных дней от момента, когда Страхователю стало об этом известно;

8.3.4.2. об изменении информации, которая предоставлялась Страхователем Страховщику при заключении Договора страхования, в том числе, в связи с идентификацией Страхователя, осуществляемого Страховщиком в рамках реализации требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.3.4.3. об изменениях существенных обстоятельств, влияющих на установление степени риска или наступление страхового случая в соответствии настоящими Правилами.

8.3.5. предоставить документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового события;

8.3.6. исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора и иных документов, закрепляющих правоотношения между Сторонами;

8.3.7. в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с момента заключения Договора информировать Застрахованное лицо о его правах и обязанностях по Договору;

8.3.8. представить сведения о Застрахованном лице в объёме и порядке, предусмотренных Страховщиком;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.4.2. досрочно расторгнуть Договор;

8.4.3. вносить, по согласованию со Страховщиком, изменения в условия Договора;

8.5. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страховщика и Страхователя (Застрахованного лица).

9. Конфиденциальная информация

9.1. Стороны считают конфиденциальной

9.1.1. о размере страховой премии (страхового взноса), подлежащей уплате по Договору;

9.1.2. о персональных данных Застрахованного лица: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес проживания, контактная информация;

9.1.3. о персональных данных Застрахованного лица специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного лица, о заболеваниях Застрахованного лица, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

9.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

9.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 9.1. Правил персональные данные своим партнёрам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору.

9.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные о состоянии здоровья Застрахованного лица. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

9.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в пп. 9.1.2. и 9.1.3. Правил, - и с письменного согласия Застрахованного лица.

9.6. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного лица по основаниям, предусмотренными в Правилах, Страховщик не указывает сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

9.7. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных лиц (в том числе данные

специальной категории) в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Застрахованных лиц о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа, осуществляет трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей (где это применимо).

После прекращения действия Договора (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 20 (двадцати) лет с момента прекращения действия Договора, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

9.8. Страховщик и партнёры Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору, имеют право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных лиц (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Страховщик и партнёры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных лиц (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнёров Страховщика.

9.9. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованного (-ых) лиц письменное согласие на обработку Страховщиком и партнёрами Страховщика его (их) персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объёме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 9.8. Правил.

9.10. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных лиц.

9.11. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика, в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения отзыва на обработку персональных данных, с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного лица.

10. Форс-мажор

10.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Сторона, подвергшаяся их воздействию, вправе приостановить (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) исполнение обязательств по Договору.

10.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, каждая из Сторон немедленно

информирует другую Сторону о возникшей ситуации и принятых для её урегулирования мерах.

10.3. Сторона, не исполнившая обязательств по уведомлению другой Стороны о начале воздействия обстоятельств непреодолимой силы, не вправе ссылаться на такие обстоятельства как основание освобождения от ответственности за неисполнение обязательств по Договору.

11. Порядок рассмотрения споров

11.1. Споры, возникающие между Страховщиком и Страхователем, подлежат разрешению судом (в соответствии с установленными законодательством

правилами о подсудности) или Финансовым уполномоченным.

11.2. Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении финансовых организаций,

если размер требований потребителя финансовых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей (за исключением обращений, указанных в статье 19 Федерального закона № 123-ФЗ от 10.04.2019 года), и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трёх лет.

11.3. До направления финансому уполномоченному обращения потребитель финансовых услуг должен направить в финансовую организацию заявление в письменной или электронной форме.

11.4. Финансовая организация обязана рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

11.4.1. в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней;

11.4.2. в течение тридцати дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в иных случаях.

11.5. Ответ на заявление потребителя финансовых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя финансовых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу.

11.6. Потребитель финансовых услуг вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа финансовой организации либо в случае неполучения ответа финансовой организации по истечении соответствующих сроков рассмотрения финансовой организацией заявления потребителя финансовых услуг, установленных законодательством.

11.7. Обращение направляется потребителем финансовых услуг лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя финансовых услуг к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

11.8. Принятие и рассмотрение обращений финансовым уполномоченным осуществляются бесплатно, за исключением обращений, поданных лицами, которым уступлено право требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации. В последнем случае рассмотрение обращения финансовым уполномоченным осуществляется за плату в размере, установленном Советом Службы.

12. Заключительные положения

12.1. Все денежные расчёты между Сторонами осуществляются в соответствии с законодательством РФ.

12.2. При неисполнении или ненадлежащем исполнении Сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путём переговоров Сторон, а в случае невозможности достичь согласия – в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

**Полис-оферта № _____
«Конструктор страхования от смертельно опасных заболеваний»**

«__» ____ 2023 г.

Настоящий документ является Полисом-офертом – предложением Акционерного общества «Страховая компания «Ю-Лайф» (далее – Страховщик), от лица которого на основании Устава действует Генеральный директор Захаров Алексей Викторович, в соответствии со ст. 435 ГК РФ заключить Договор страхования (далее – Договор страхования) на условиях, изложенных в настоящем Полисе-оферте и Правилах добровольного медицинского страхования № 39 от «07» марта 2023 г. (далее – Правила). Правила являются Приложением №1 к Договору и его неотъемлемой частью.

Договор заключается в виде электронного документа, считается заключенным в случае, если страховщик направил страхователю на основании его устного или письменного заявления страховой полис, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи", а Страхователь, подтверждая свое согласие заключить этот договор на предложенных страховщиком условиях, уплатил страховую премию (страховой взнос). При соблюдении указанных условий договор страхования считается заключенным с момента уплаты премии.

При наличии противоречий между положениями настоящего Полиса-оферты и Правил, преимущественную силу имеют условия настоящего Полиса-оферты.

1. Страховщик:

Акционерное общество «Страховая компания «Ю-Лайф». ИНН 8601027509, ОГРН 1068601000335. Адрес местонахождения: Российская Федерация, 121087, г. Москва, Береговой проезд, д. 5А, корпус 1, 20 этаж, офис 20/1/1. Адрес электронной почты: mail@ulife.ru. Лицензии ЦБ РФ: СЖ № 4014 (вид деятельности – добровольное страхование жизни), СЛ № 4014, (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выданы Центральным Банком Российской Федерации бессрочно. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00. Сайт: <http://www.ulife.ru/> Телефоны: 8-800-770-07-00 (звонок по территории РФ бесплатный), 8 (495) 150-36-90.

2. Страхователь / Застрахованное лицо

2.1. Страхователь:

ФИО: _____

Дата рождения: _____

Пол: _____

Серия и номер паспорта: _____

Телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

2.2. Застрахованное лицо:
ФИО: _____
Дата рождения: _____
Пол: _____

3. Выгодоприобретатели:
Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо.

4. Способ взаимодействия со Страхователем:
Посредством личного кабинета на сайте Страховщика, посредством почтовой связи по адресу регистрации и посредством почтовой связи по фактическому адресу проживания, а также посредством телефонной связи и СМС. Адрес личного кабинета для клиентов в сети «Интернет»: <https://online.ulife.ru>.

5. Страховые риски, страховые суммы, размер страховых выплат

№	Страховые риски	Страховая сумма	Страховая выплата	Страховая премия
1	«Лечение СОЗ» (п. 3.3. Правил)	_____	В соответствии с п. 7.5. Правил	_____

6. Дата заключения договора страхования: «__» 20__ г.

7. Срок действия договора:

7.1. Срок страхования: 1 год.

7.2. Срок действия договора и страхового покрытия начинается с 00 часов 00 минут «__» 20__ г.

7.3. Период ожидания (временная франшиза) составляет:

7.3.1. 90 (девяносто) дней – злокачественные новообразования, кардиохирургия, нейрохирургия.

7.3.2. 180 (сто восемьдесят) дней – трансплантация.

8. Страховая премия и порядок её уплаты:

8.1. Страховая премия по договору страхования за весь срок страхования составляет _____ и уплачивается единовременно в срок до «__» 20__ г.

В случае неуплаты страховой премии в указанный срок или уплаты в меньшем размере, договор страхования считается не заключенным. Днём уплаты страховой премии считается день списания денежных средств с расчётного счёта Страхователя.

9. Порядок получения страховой выплаты

Страховая выплата будет произведена посредством организации и оплаты лечения Застрахованного лица в порядке, установленном Правилами страхования и Программой страхования, являющейся Приложением к настоящему договору.

10. Досрочное расторжение договора страхования

При расторжении договора страхования до «__» 20__ г. включительно

Страховщик осуществляет возврат Страхователю уплаченной страховой премии в полном объёме.

При расторжении договора с «__» _____ 20__ г. страховая премия возврату не подлежит.

В случае не предоставления Страховщиком информации о Договоре страхования по форме ключевого информационного документа об условиях добровольного страхования по продукту «Конструктор страхования от смертельно опасных заболеваний» (далее - КИД), предоставления не полной или недостоверной информации по форме КИД, уплаченная Страхователем страховая премия (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату Страхователю в течение 7 (семи) рабочих дней с момента подачи Страховщику заявления об отказе от договора страхования.

11. Декларация-согласие Страхователя/Застрахованного лица

**Акцептом настоящего Договора страхования (полиса-оферты)
Страхователь подтверждает:**

- что в настоящее время не имеет и ранее не имел в прошлом группы инвалидности (категории ребёнок-инвалид), не проходит и не проходил освидетельствования в МСЭ, не имеет оснований для присвоения группы инвалидности, не имеет нарушений опорно-двигательного аппарата, психических заболеваний, эпилепсии, паралича и других тяжёлых расстройств нервной системы, туберкулёза, не состоит на диспансерном учёте в наркологическом / психоневрологическом / туберкулёзном / кожно-венерологическом диспансерах, не страдает заболеваниями, вызванными воздействием ионизирующей радиации, СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека, не находится под следствием или в местах лишения свободы, не находится на стационарном лечении или обследовании, не нуждается в постоянном уходе по состоянию здоровья;
- что ему в настоящее время или ранее не был поставлен диагноз, он не проходил стационарное или амбулаторное лечение, ему не проводилось восстановительное или профилактическое лечение, не проводилось обследование или наблюдение врачей - специалистов по поводу следующих заболеваний:
 - а) онкологические заболевания (рак или злокачественное новообразование любого типа), включая болезнь Ходжкина;
 - б) любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух, или спинного мозга;
 - в) любые виды опухолей или кист щитовидной железы, доброкачественные или злокачественные опухоли кожи, поликистозная болезнь почек, рак крови лейкемия;
- г) неинвазивные опухоли (рак *in situ*), или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но, не ограничиваясь, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты, дисплазии;
- что у него не наблюдается продолжительная (более 7 дней) лихорадка (повышение температуры тела) из-за болезней отличных от ОРВИ;
- что он не отмечает ректального и/или вагинального кровотечения (за исключением менструальных кровотечений);
- что у него не диагностировалось (не было положительного теста) наличие вируса папилломы человека высокого онкогенного риска (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51,

52, 56, 58, 59, 68), вируса Эпштейна-Барра, герпесвируса человека 8-го типа (HHV-8);

- что он не находился на стационарном лечении более, чем 14 дней подряд, кроме как в связи с ОРВИ, по беременности и родам, в связи с неосложненными травмами конечностей, и у него нет ограничений трудоспособности, связанных с состоянием здоровья, требующих сокращенного рабочего дня или частичной занятости;
- что он не подвергался хирургическому вмешательству и госпитализации на протяжении последних 12 месяцев (за исключением аппендэктомии, стоматологических операций, геморроя, удаление миндалин (тонзилэктомии) и/или аденоидов (аденотомии), прерыванию беременности, операции по поводу расширения вен, в связи с неосложненными травмами конечностей);
- что он не подвергался хирургическому вмешательству и госпитализации по поводу увеличения груди, трансплантации органов, трансплантации костного мозга;
- что у его родственников первой степени родства (родители, дети, родные братья и/или сёстры) не были диагностированы онкологические заболевания до 60 лет или семейный adenomatозный полипоз (FAP);
- что он не страдал и не страдает задержкой физического и/или умственного развития, у него нет нарушений роста, отсутствуют врождённые аномалии, дефекты, пороки.
- что у него не было родовой травмы и не наблюдается её последствий;
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая, нарушения кровообращения: высокое артериальное давление (свыше 160 мм ртутного столба), любую форму инсульта или кровоизлияния в мозг, сердечный приступ, стенокардию, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатию, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмию, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени);
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время болезнями пищеварительной системы, а именно: гастроэзофагеальным рефлюксом, геморроем, пилонидальным абсцессом, грыжами всех видов, язвой желудка и 12перстной кишки, колитом, болезнью Крона, язвенным гастритом или полипами;
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время заболеваниями печени, желчного пузыря и желчных протоков, а именно: хроническим вирусным гепатитом В, С, D, E, F, циррозом, жировой дистрофией печени, спленомегалией;
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время заболеваниями почек и мочевой системы, а именно: хроническим простатитом, мочекаменной болезнью, нефритом, почечной недостаточностью, энурезом, наличием крови и / или белка в моче;
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время от метаболических и эндокринных расстройств, а именно: исулинозависимым сахарным диабетом, ожирением, высокими уровнями триглицеридов в крови, сахаром в моче, высоким уровнем холестерина, требующим лечения, заболеваниями щитовидной железы и паращитовидной железы, пролактиномами, подагрой;
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время заболеваниями половых и/ или репродуктивных органов, а именно: заболеваниями груди, не менструальным кровотечением, фибромами матки, бесплодием (также у мужчин), крипторхизмом, варикоцеле;
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время легочными и системными заболеваниями, а именно: астмой (бронхит), хронической

- обструктивной болезнью легких, эмфиземой, существующей или прошедшей туберкулезной инфекцией, COVID-19 (коронавирусной инфекцией) с официально подтвержденным диагнозом посредством выписок из ЛПУ;
- что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время от кожных заболеваний, а именно: опухолей и / или язв, псориаза, рецидивирующих воспалений;
 - что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время от болезней крови и иммунной системы, а именно: анемии, нарушения свертывания крови, нарушения иммунной системы;
 - что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время от нарушений зрения и / или патологии уха, горла и носа, а именно: кератоконуса, ухудшения зрения ниже -7, катаракты, полипов, тонзиллита, синдрома ночного апноэ;
 - что за последние 10 лет он не страдал и не страдает в настоящее время ревматизмом и / или системными заболеваниями и / или расстройствами, а именно: ревматоидным артритом, волчанкой;
 - что его профессия не связана с повышенным риском для здоровья, а именно: отсутствует контакт с химическими веществами и газами, включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины, взрывчатыми веществами, ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
 - что он не служит в вооружённых силах, не занят в профессиональной или непрофессиональной авиации, вооружённой и/или персональной охране, в работах с опасными химическими и взрывчатыми веществами, работах на высоте, под землёй, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием и др. источниками повышенной опасности; не является водолазом, пожарным, промышленным альпинистом, работником ядерной промышленности, цирковым артистом, испытателем, каскадёром, моряком (открытое море);
 - что он не занимается опасными видами спорта на любительской основе, такими как автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), альпинизм и скалолазание, спелеология, любые виды конного спорта, горные лыжи и сноубординг (вне подготовленных трасс), подводное плавание (глубже 40 м.), контактные и боевые единоборства, стрельба, водно-моторные виды спорта, рафтинг, авиационный и парашютный спорт, в т.ч. дельтапланеризм, парапланеризм, кроме авиамодельного спорта, родео, прыжки на лыжах с трамплина, прыжки со скал, гребной слалом, спортивный сплав, подводное ориентирование, подводная охота, подводная борьба, спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5 категории сложности, охота, спорт с применением огнестрельного оружия, бобслей;
 - что он не принимает участие в занятиях любым видом спорта на профессиональной и систематической основе, направленной на получение результата, в том числе в попытках установления рекорда, не участвует в соревнованиях и гонках (любых авто-мотогонках, водно-моторных гонках, уличных гонках (стритрейсинг), не намеревается путешествовать в горячие точки планеты;
 - что разница между ростом (в см) и весом (в кг) у него составляет более либо равна 65 (данное условие не является обязательным для Детей);
 - что у него не было необъяснимой потери веса более, чем на 10% за последние 12 месяцев;
 - что он не употреблял ранее и не употребляет в настоящий момент наркотические либо иные токсические препараты по любой причине;
 - что он не употребляет алкоголь более 20 мл в день в пересчёте на чистый алкоголь и не выкуривает ежедневно 10 и более сигарет, сигар, трубок, кальянов;

- что, подтверждая отсутствие вышеперечисленных заболеваний/ состояний, увлечений, он понимает существо вопроса и характер данных заболеваний/состояний, увлечений и его работы, и ему была предоставлена Страховщиком возможность получить дополнительные разъяснения по данному вопросу до момента заключения договора. Он подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящей Декларации и понимает, что, в случае предоставления заведомо ложной информации, Страховщик имеет право потребовать признания договора страхования недействительным и не осуществлять страховую выплату.

Акцептуя настоящий Договор страхования (полис-оферту), Страхователь:

- дает разрешение любому врачу, любым организациям, оказывавшим Застрахованному лицу медицинскую помощь или обладающим информацией о состоянии его здоровья - лечебно- профилактическим (в том числе больничным, амбулаторно-поликлиническим учреждениям, диспансерам, центрам медико-социальной экспертизы, учреждениям скорой помощи независимо от формы собственности, врачам частной практики) и особого типа (в том числе центрам, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическим бюро) учреждениям здравоохранения предоставлять Страховщику информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица, как в течение его жизни, так и после смерти, в том числе предоставлять справки и акты о подтверждении инвалидности, выписки (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), акты медицинского освидетельствования, акты вскрытия, направления на медико-социальную экспертизу, заключения медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы, включая копии записей в подлинных медицинских документах;
- разрешает предоставление Страховщику работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ, различных документов, касающихся состояния здоровья и/или обстоятельств наступления страхового случая, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
- подтверждает, что он и Застрахованное лицо являются налоговыми резидентами только РФ (пребывание в РФ более 183 дней в течение непрерывного 12-месячного периода до даты заключения Договора) и не являются налоговыми резидентами иностранного государства отличного от РФ, налоговыми резидентами США, а также не являются лицами без налогового резидентства в какой-либо стране;
- подтверждает, что он и Застрахованное лицо не являются публичными должностными лицами и их супругами, близкими родственниками (родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными);
- подтверждает корректность всех предоставленных им Страховщику и(или) уполномоченным им лицам контактных данных, а также иных сведений, подтверждает согласие на получение от Страховщика и действующих по его поручению третьих лиц электронных писем на предоставленный им электронный адрес, смс-сообщений и телефонных звонков на предоставленный им номер телефона, связанных с изменением, исполнением или расторжением Договора, а также рекламного и иного характера.

В случае изменения информации, которая представлялась Страхователем при заключении Договора, в том числе, в связи идентификацией Страхователя, осуществляемого Страховщиком в целях реализации требований законодательства в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию

распространения оружия массового уничтожения, Страхователь обязуется уведомить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) дней с даты их изменения. В случае, если Страхователем не представлены Страховщику идентификационные сведения к сроку обновления таких сведений, то непредставление соответствующей информации Страховщик вправе расценить как неизменность сведений о Страхователе, установленных при его идентификации.

- признает, что факсимильное воспроизведение оттиска печати и подписи уполномоченного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования на настоящем Договоре (Полисе-оферте), а также всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему будет иметь такую же силу, что и оригинальный оттиск печати, и собственноручная подпись уполномоченного лица Страховщика;
- подтверждает, что до момента заключения Договора он был ознакомлен с информацией об условиях страхования на сайте Страховщика, порядком урегулирования убытков, размещённым на сайте по ссылке: <https://ulife.ru/client/claim/>, информацией об условиях Договора;
- подтверждает, что все положения Договора страхования и Правил, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой суммы, порядок расторжения и изменения Договора и другие условия разъяснены и понятны Страхователю;
- подтверждает, что Правила добровольного медицинского страхования № 39 от «07» марта 2023 г. ему вручены;
- подтверждает, что до момента заключения Договора он получил КИД и ознакомился с его содержанием;
- выражает свое согласие на присоединение к Соглашению о порядке электронного взаимодействия с клиентами АО «СК «Ю-Лайф», размещенной на официальном сайте Страховщика www.ulife.ru в разделе «Информация для клиента» и просит подключить его в качестве клиента Страховщика к системе электронного взаимодействия с клиентами Страховщика.

Правила добровольного медицинского страхования № 39 от «07» марта 2023 г. доступны по ссылке <https://www.ulife.ru/documents/rules/>.

Акцептуя условия договора страхования путем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) Страхователь (Застрахованное лицо) дает свое согласие:

1. АО «СК «Ю-Лайф» (г. Москва, 121087, Береговой проезд, д. 5А, корп. 1, 20 этаж, офис 20/1/1) (далее – Оператор) на обработку своих персональных данных, в том числе, на трансграничную передачу данных: фамилии, имени, отчества, даты рождения, индивидуального номера налогоплательщика, контактных данных (домашний/мобильный телефон, адреса личной электронной почты), адреса регистрации и адреса фактического проживания, сведений, содержащихся в паспорте РФ, банковских реквизитов. Застрахованное лицо дает также согласие на обработку сведений о состоянии его здоровья. Страхователь (Застрахованное лицо) дает также согласие на передачу персональных данных нижеуказанным контрагентам Оператора:

АО «ГСК «Югория» (628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Комсомольская, д. 61), ПАО «МОСКОВСКИЙ КРЕДИТНЫЙ БАНК» (г. Москва, Луков переулок, д. 2, стр. 1), ООО «5-55 Управление Ит-Сервисами» (115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 19, этаж 1 ком. 41x1д/офис ббв), ООО «Флекс» (125493, г. Москва, Авангардная улица, дом 3, помещение II, комната 4), Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (67060, Израиль, Тель-Авив, Хашлоша, д. 2), АО РНПК (г. Москва, ул. Гашека, д. 6, пом. XII), Hannover Ruck SE (Германия), ООО «ОСГ РЕКОРДЗ МЕНЕДЖМЕТ ЦЕНТР»

(127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 14, стр. 1), General Reinsurance AG (50668, Германия, Кёльн, Теодор-Хойсс-Ринг 11), иным контрагентам, актуальный перечень которых размещен на сайте https://www.ulife.ru/client/personal_data/ в разделе «Контрагенты, которым со стороны АО «СК «Ю-Лайф» были переданы персональные данные клиентов в целях заключения и(или) исполнения договора страхования». Согласие на обработку предоставлено в целях заключения и (или) исполнения Договора страхования.

2. Оператору, а также партнерам Оператора, актуальный перечень которых размещен на сайте https://www.ulife.ru/client/personal_data/ (далее – Партнер/Партнеры) на обработку своих персональных данных: Ф.И.О., гражданство, абонентский номер подвижной радиотелефонной связи, данные документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, адреса проживания (регистрации), ИНН, сведения об обязательствах (сделках и операциях), в следующих целях:

1) Идентификация и обновление данных:

- рассмотрение по запросу Страхователя возможности заключения договора с Оператором и/или Партнером (с идентификацией моей личности) с возможным обменом персональными данными и документами для исполнения требований, связанных с противодействием легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма, а также для исполнения иных требований законодательства, предусматривающих идентификацию при заключении договора и (или) обслуживании;
- обновление персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) посредством получения данных из Единой системы идентификации и аутентификации (ЕСИА), через портал ГОСУСЛУГИ, для выполнения требований по противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма, а также исполнения иных требований законодательства, предусматривающих идентификацию при заключении договора и (или) обслуживании;

2) Установление (обновление) сведений о налоговом резидентстве.

3) Доступ к продуктам и сервисам Партнеров/Оператора с использованием каналов обслуживания Партнеров/Оператора:

- предоставление Страхователю (Застрахованному лицу) доступа через каналы обслуживания Партнеров/Оператора к информации по договорам, заключенным им с Партнерами/Оператором (при наличии),
- предоставление Страхователю (Застрахованному лицу) возможности получения продуктов и сервисов Партнеров/Оператора с использованием каналов обслуживания Партнеров/Оператора,
- прием запросов, обращений, заявлений через каналы Партнеров/Оператора по договорам, заключенным Страхователем (Застрахованным лицом) с Партнерами/Оператором (при наличии),
- проведения исследований, выборочное проведение опросов по контролю качества услуг;

4) Автоматизация данных:

- заполнение сведений о Страхователе (Застрахованном лице) в информационных ресурсах (сайт, мобильные приложения, web-приложения, личный кабинет и т.п.), принадлежащих Оператору и/или Партнерам, использование (отображение) персональных данных в информационных ресурсах (мобильные приложения, web-приложения, личный кабинет и т.п.), принадлежащие Оператору и/или Партнерам.

5) Информирование и маркетинговые коммуникации:

предоставление Страхователю (Застрахованному лицу) предложений, рекламных и информационных материалов по продуктам и услугам Оператора и/или Партнеров с использованием указанных в настоящем согласии каналов связи,

информирование об услугах по проведению семинаров (вебинаров, курсов, лекций, иных программ обучения);

6) Персонализация предложений:

проведение аналитических, статистических, маркетинговых исследований и опросов, определение интересов Страхователя (Застрахованного лица) и предпочтений для формирования и направления Страхователю (Застрахованному лицу) персональных предложений посредством сбора и обработки любых персональных данных, содержащихся у Оператора и/или Партнеров.

7) Участие в программах лояльности, конкурсах, акциях:

регистрация и обеспечение моего участия в программах лояльности, в маркетинговых акциях и конкурсах.

Под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, любым не запрещенным законодательством Российской Федерации способом.

Согласие на обработку данных, предоставленное согласно п. 1 дается на срок действия договора страхования и далее на срок 5 (пять)- лет после исполнения Оператором обязательств по указанному договору.

Согласие на обработку персональных данных во исполнение п. 2 настоящего Согласия дается сроком на 30 (тридцать) лет.

Перед подписанием настоящего Согласия Страхователь и Застрахованное лицо были ознакомлены с правами и обязанностями, предусмотренными Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Согласие может быть отозвано путем направления/предоставления Страхователем и/или Застрахованным лицом письменного уведомления Оператору при условии установления личности субъекта персональных данных. Обработка персональных данных будет прекращена Оператором и/или партнерами Оператора в течение тридцати календарных дней с даты получения отзыва. В случае отзыва согласия Оператор вправе не прекращать обработку персональных данных и не уничтожать их в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Обработка персональных данных осуществляется как с использованием средств автоматизации (в том числе в информационного – телекоммуникационных системах), так и без использования таких средств.

В состав обрабатываемых персональных данных, согласие на обработку которых предоставляется согласно п. 2, включаются только те данные, которые применимы для конкретной компании из указанного выше перечня и соответствуют целям обработки, указанным в настоящем согласии.

3. Своей волей и в своем интересе, в соответствии с положениями Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» и положениями Федерального закона от 07.07.2003 № 126-ФЗ «О связи», согласие Оператору и Партнерам Оператора, актуальный перечень которых размещен на сайте https://www.ulife.ru/client/personal_data/, на направление информации для достижения целей обработки персональных данных, в том числе направление рекламных, информационных и индивидуальных предложений и материалов, осуществление прямых коммуникаций с использованием следующих каналов связи: телефонный звонок (включая подвижную радиотелефонную связь), систем мгновенного обмена сообщениями (WhatsApp, Telegram, Twitter, Viber, Skype и т.п.), SMS-сообщений, PUSH-уведомлений, электронной почты.

Указание на Партнеров подразумевает возможность обработки персональных данных, как всеми Партнерами, так и любым Партнером отдельно.

Приложение № 1

**К Полису-оферте № _____ от «__» 20 __ г.
«Конструктор страхования от смертельно опасных заболеваний»**

Программа страхования	
Объем услуг, предоставляемых в рамках программы страхования	
1. Страховое обращение	Обращение к Страховщику правомочного Застрахованного лица, который при заключении первичного договора страхования принял и соответствует условиям медицинской Анкеты / Декларации, являющейся неотъемлемой частью договора страхования, требованиям к Застрахованному лицу, предусмотренным Программой страхования, Договором страхования, в течение срока действия Договора страхования за организацией Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с покрываемым Страховым случаем (как определено ниже) в первый раз в течение периода страхования.
2. Застрахованное лицо	Застрахованным лицом (Застрахованным) по настоящей программе является лицо в возрасте от 0 (нуля) и не более 69 (Шестидесяти девяти) лет на дату заключения договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Возраст будет рассчитываться как разница между датой рождения Застрахованного лица и датой начала действия договора. Во избежание каких-либо противоречий, эта разница должна быть округлена следующим образом: 45,5 должно быть округлено до 46, а 45,4 до 45.
3. Премия, Действие страхования, Временная франшиза (период ожидания)	Срок страхования по настоящей Программе составляет 1 год за вычетом срока периода ожидания (временной франшизы). При этом договор в отношении данного риска ежегодно пролонгируется до окончания срока действия Договора страхования либо до достижения Застрахованным лицом возраста 69 (Шестидесяти девяти) полных лет.
3.1. Период ожидания (временная франшиза)	3.1.1. Страхование по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Реабилитация», «Плановая хирургия», «Ортопедическая хирургия». вступают в силу по истечении периода ожидания равного 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу Программы страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Страхование по рискам «Трансплантация органов» вступают в силу по истечении периода ожидания

равного 180 (Сто восемьдесят) дней с даты вступления в силу Программы страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

3.1.2. Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.

3.2. При непрерывной пролонгации договора страхования без изменения Застрахованного лица период ожидания не применяется, если этот период ранее истек.

3.3. Размер страховой премии при пролонгации договора страхования на новый календарный год может быть пересмотрен Заказчиком.

3.4. В случае истечения срока действия Программы страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Заказчиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 90 (девяносто) дней с момента истечения срока действия Программы страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Заказчиком в течение срока действия Программы страхования, Заказчик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 90 (девяносто) последовательных дней после истечения срока действия Программы страхования.

4. Страховая сумма

Страховая сумма (страховой лимит) по настоящей программе является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного Заказчиком в период действия договора страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Заказчика по договору страхования считаются исполненными. При этом договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная Заказчику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

5. Территория

5.1. Территория действия страхования – Российской Федерации

5.2. Территория оказания услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования: Российская Федерация. В случае, если соблюдаются указанные ниже условия, то возможна организация лечения в Европе, за исключением Швейцарии, в Израиле и в Южной Корее.

Условия:

- Лечение представляет собой традиционное медицинское лечение, одобренное всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится,
- Лечение не доступно в базовых странах лечения Застрахованного лица,
- Если лечение не будет выполнено в ближайшее время (до 4 недель), для Застрахованного лица возникнет реальная опасность смерти,
- За рубежом существует медицинское учреждение, готовое обеспечить лечение для Застрахованного лица в соответствии с условиями страхового полиса.

Или (в зависимости от выбранной программы)

5.3. Территория оказания услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования: Израиль, Южная Корея, Турция, Испания и Российская Федерация.

6. Заболевания, покрываемые настоящей программой страхования:

6.1. Злокачественные новообразования

Означает любое злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен подтверждаться гистологическими или - в случае системных злокачественных новообразований - цитологическими доказательствами.

Исключаются из страхового покрытия:

1. Злокачественные новообразования, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinoma in situ, включая дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.
2. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.
3. Заболевания кожи следующих типов:
 - a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - b. Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.
4. Злокачественные новообразования на фоне вируса человека иммунодефицита (ВИЧ).
5. Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.
6. Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) (код МКБ-10 C91.10).

6.1.1. Страховой случай

Возникновение обстоятельства – наличие злокачественного новообразования, как определено в статье 6.1, которое было впервые диагностировано или о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение периода страхования, повлекшее обращение Застрахованного лица согласно пункту 1 настоящей Программы за организацией Медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

6.1.2 Генетическое тестирование родственникам

Означает покрытие молекулярно-генетических исследований на наследственные виды онкологических заболеваний у кровных родственников первой линии родства, на основании рекомендации врача - онколога

6.2. Хирургия

6.2.1 Все операции на сердце / Операции на сердце / Кардиохирургия: - операции, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путем обхода участка сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью сосудистых трансплантатов (шунтов); замена или лечение одного или нескольких клапанов сердца; ангиопластика, стентирование, оперативное лечение нарушений ритма сердца в соответствии с рекомендацией кардиолога. Диагноз устанавливается в течение срока действия Программы страхования и подтверждается

результатами визуальных тестов. Катетеризация сердца (в том числе ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием

Под хирургией понимается: инвазивная стационарная операция, выполняемая в условиях стационара (включая дневной стационар) сертифицированным хирургом, с проникновением в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефекта или деформации в организме Застрахованного. Диагноз устанавливается в течение срока действия Программы страхования и подтверждается результатами визуальных тестов, а также врачом, утвержденным Заказчиком. Вмешательство необходимо по медицинским показаниям, и это соответствует условиям и положениям данного покрытия и его исключений.

6.2.1. Страховой случай

Возникновения обстоятельства - необходимости в сердечно-сосудистой хирургии, как это определено в статье 6.2., из-за болезни, которая была диагностирована или о которой стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, повлекшей обращение правомочного Застрахованного лица в соответствии с пунктом 1 настоящей Программы в течение срока действия Договора страхования за организацией Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

6.2.2. Нейрохирургия / Нейрохирургическая операция - любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на головном мозге или других внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства по поводу доброкачественных опухолей спинного мозга и его оболочек. Диагноз, послуживший причиной операции, должен быть установлен впервые во время периода непрерывного страхования.

К нейрохирургическим операциям не относятся хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, возникших в результате травматических повреждений, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами.

Под хирургией понимается: инвазивная стационарная операция, выполняемая в условиях стационара (включая дневной стационар) сертифицированным хирургом, с проникновением в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефекта или деформации в организме Застрахованного. Диагноз устанавливается в течение срока действия Программы страхования и подтверждается результатами визуальных тестов, а также врачом, утвержденным Заказчиком. Вмешательство необходимо по медицинским показаниям, и это соответствует условиям и положениям данного покрытия и его исключений.

6.2.2.1. Страховой случай

Возникновения обстоятельства - необходимости в Нейрохирургии / Нейрохирургической операции, как это определено в статье 6.2.2., из-за болезни, которая была диагностирована или о которой стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, повлекшей обращение правомочного Застрахованного лица в соответствии с пунктом 1 настоящей Программы, в течение срока действия Договора страхования за организацией Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

6.2.2.2 Ортопедическая хирургия - хирургическое вмешательство, направленное на лечение заболеваний (в том числе посттравматического характера) и нарушений опорно-двигательного аппарата (костно-мышечной системы), впервые диагностированных в течение периода страхования и подтвержденных результатами объективных методов обследования, назначенных врачом-ортопедом и одобренных страховщиком. К ортопедическим операциям не относятся операции в связи с врожденными дефектами.

6.2.2.3. Страховой случай

Потребность в ортопедической хирургии, как определено в статье 6.2.2.2., в связи с заболеванием, которым застрахованный страдал, или которое было диагностировано, или о котором стало известно застрахованному, впервые в течение периода страхования.

6.2.3. Вся хирургия

Под хирургией понимается: инвазивная стационарная операция, выполняемая в условиях стационара (включая дневной стационар) сертифицированным хирургом, с проникновением в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефицита или деформации в организме Застрахованного. Диагноз устанавливается в течение срока действия страховой программы и подтверждается результатами, с помощью визуализации, а также врачом, утвержденным страховщиком. Хирургическое вмешательство необходимо по медицинским показаниям, и это соответствует условиям и положениям данного покрытия и его исключений, и это соответствует условиям и положениям этого покрытия и его исключений.

6.2.3.1. Страховой случай

Потребность в хирургии, как определено в статье 6.2.3. в связи с заболеванием, которым застрахованный страдал или которое было диагностировано или о котором стало известно застрахованному впервые в течение периода страхования.

6.3. Обязательства Страховщика

6.3.1.В соответствии с настоящей Программой, Страховщик при наступлении страхового случая обеспечивает организацию следующих услуг по лечению Застрахованного лица:

6.3.1.1. В случае лечения за границей: организацию и осуществление оплаты перелета для застрахованного лица и одного сопровождающего лица (уровень обслуживания – эконом-класс), в том числе покупку билетов, встречи в аэропорту и перевозки на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

6.3.1.2. В случае лечения за границей: организацию и осуществление оплаты проживания Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды), включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.

6.3.1.3. Организацию и осуществление оплаты транспортировки в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

6.3.1.4. Организацию и осуществление оплаты репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей Медицинской программы: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

6.3.1.5. Оказание помощи в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного лица и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.

6.3.1.6. Организация и предоставление устного и письменного перевода для Застрахованного лица в выбранном медицинском учреждении на период лечения.

6.3.2. В соответствии с настоящей Программой, Заказчик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая:

6.3.2.1. оплата билета эконом-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

6.3.2.2. проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица.

Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.

6.3.2.3. транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

6.3.2.4. услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

6.3.2.5. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом, визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.

6.3.2.6 Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения

6.3.2.7. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая:

1) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:

- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по согласованию Заказчика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по согласованию Заказчика;
- имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) Долларов США в год на один страховой случай. лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.

6.4. Трансплантация.

6.4.1. Трансплантация - хирургическая ампутация или удаление у застрахованного лица легкого, сердца, почки, поджелудочной железы, печени, кишечника и яичника или их комбинации и имплантация целого органа, или его части, полученного от другого человека, на место удаленного органа или трансплантация костного мозга, полученного от донора, застрахованному лицу.

6.4.2. Страховой случай

6.4.2.1 Страховой случай - это медицинское состояние Застрахованного, требующее Трансплантации и подтвержденное сертифицированным медицинским специалистом при условии, что Застрахованный страдал от заболевания или что оно было диагностировано или о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, как подробно описано ниже.

6.4.2.2. Страховой случай будет считаться таким, если дополнительно будут существовать совокупные условия, описанные ниже:

- 1) Два врача-специалиста в соответствующей области медицины определят необходимость Трансплантации на основании общепринятых медицинских критериев.
- 2) Трансплантация будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация.
- 3) Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками.
- 4) Трансплантация будет производиться в соответствии с общепринятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация.
- 5) Наличие органа, подходящего для Трансплантации Застрахованному, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанных в договоре страхования.

6.4.3 Трансплантация костного мозга

6.4.3.1 Трансплантация костного мозга означает пересадку гемопоэтических стволовых клеток от донора к застрахованному лицу, которой предшествует полная аблация костного мозга.

6.4.3.2 Страховой случай

Обращение Застрахованного за организацией и оказанием медицинских и иных услуг в связи с медицинским состоянием Застрахованного, требующим Трансплантации, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста, одобренному Страховщиком, о том, что Застрахованный страдал от заболевания или что оно было диагностировано или что о нем стало известно Застрахованному впервые после истечения периода ожидания, как подробно описано ниже.

6.4.3.3. Обязательным условием наступления страхового случая является наличие следующих условий в совокупности:

- 1) Два врача-специалиста в соответствующей области медицины определят необходимость Трансплантации на основании принятых медицинских критерии.
- 2) Трансплантация костного мозга будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация костного мозга .
- 3) Трансплантация костного мозга не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками.
- 4) Трансплантация костного мозга будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация костного мозга .
- 5) Появился орган, подходящий для Трансплантации застрахованному, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанных в программе страхования.

6.5. Обязательства Страховщика по риску, указанному в разделе 6.4

6.5.1.В соответствии с настоящей Программой, Страховщик при наступлении страхового случая обеспечивает организацию следующих услуг по лечению Застрахованного лица:

6.5.1.1. В случае лечения за границей: организацию и осуществление оплаты перелета для застрахованного лица и одного сопровождающего лица (уровень обслуживания – эконом-класс), в том числе покупку билетов, встречи в аэропорту и перевозки на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

6.5.1.2. В случае лечения за границей: организацию и осуществление оплаты проживания Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды), включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.

6.5.1.3. Организацию и осуществление оплаты транспортировки в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

6.5.1.4. Организацию и осуществление оплаты репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей программы: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

6.5.1.5. Оказание помощи в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного лица и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.

6.5.1.6. Организация и предоставление устного и письменного перевода для Застрахованного лица в выбранном медицинском учреждении на период лечения.

При наступлении страхового случая Заказчик заплатит непосредственно поставщику услуг за признанные расходы по трансплантации, как подробно описано ниже.

6.6.1. Трансплантация с помощью Поставщика услуг – компенсация до соответствующих страховых лимитов, указанных ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованной больнице, включенной в список больниц, имеющих договор с Madanes Advanced Healthcare Services Ltd..

Поставщик услуг – организации и лица, привлекаемые Madanes Advanced Healthcare Services Ltd. для оказания Услуг Клиентам, в том числе, но не ограничиваясь этим: медицинские учреждения, частнопрактикующие врачи, службы скорой медицинской помощи.

6.6.2. Если Трансплантация выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик платит непосредственно вышеуказанным поставщикам услуг сумму, которая указана ниже в п. 6.6.3, но не более той суммы, которую Заказчик должен заплатить, как указано выше поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Заказчика, установленными ниже.

6.6.3. Компенсация за трансплантацию, как указано выше, выплачивается за фактические расходы, описанные ниже:

1) Расходы на медицинское обследование и лечение, предоставленное Застрахованному при госпитализации в больнице, обусловленной договором, в течение которого была проведена Трансплантация, или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Программы страхования.

2) Оплата персоналу врача-хирурга по договору, и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Программы страхования.

3) Оплата госпитализации в больнице, обусловленной договором, до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Программы страхования, до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы лекарства во время госпитализации.

4) Расходы за перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания, в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении, в соответствии с покрытием данной Страховой программы, до максимальной суммы, эквивалент 7 000 (семь тысяч) Долларов США.

5) Сопутствующие расходы, указанные ниже:

a) На поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации - до максимальной суммы, эквивалент 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США.

b) Расходы на поездку и возвращение домой – лимитированы стоимостью авиабилета эконом класса в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованного несовершеннолетний – 2 сопровождающих до максимальной суммы, эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США.

c) Расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переход из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению врача Страховщика, из-за медицинских причин, лететь обычным коммерческим рейсом, до максимальной суммы, эквивалент 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США.

d) Расходы на пребывание, необходимые для этой цели, для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 сопровождающих, до максимальной суммы, эквивалент 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США.

е) Расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного, для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (Сто двадцать тысяч) Долларов США.

ф) Общее положение – Настоящим проясняется, что обязательство Заказчика включает выполнение одной Трансплантации в течение каждого года страхования, и в случае повторной Трансплантации она будет считаться отдельным страховым случаем. Обязательство Заказчика включает до 5 Трансплантаций в течение всего периода страхования Застрахованного.

6.7. Реабилитация

6.7.1. Состояние здоровья, требующее проведения реабилитационной программы, в течение не более 90 дней с момента наступления одного из следующих событий:

1) заболевания и травмы головного мозга:

- геморрагический или ишемический инсульт,
- резекция внутричерепной опухоли,
- травматическое повреждение головного мозга,
- энцефалит, менингит,
- аноксическое повреждение головного мозга;

2) заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:

- повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов,
- заболевание и травма позвоночника;

3) потребность в ортопедическом лечении:

- ампутация конечности,
- операция в связи с опухолью кости,
- операция в связи со сложным переломом.

6.7.2. Центр реабилитации - Медицинское учреждение, официально признанное в стране назначения реабилитационной клиникой.

6.7.3. Реабилитационная программа - Программа лечения у терапевта – специалиста по реабилитации, которая позволит страхователю максимально реализовать потенциальное качество жизни после событий, являющихся страховыми случаем согласно настоящему разделу полиса.

6.7.4. Страховой случай

Страховым случаем считается заболевание застрахованного, которым застрахованный страдал или которое было диагностировано или о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, требующее, согласно заключению сертифицированного медицинского специалиста, утвержденного Страховщиком, прохождения застрахованным реабилитационной программы, соответствующей определениям настоящей программы. В медицинском заключении должно быть указано, что по состоянию здоровья застрахованный нуждается в прохождении реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в настоящей программе, и что прохождение данной реабилитационной программы способно привести к положительным результатам.

6.7.5. Обязательства страховщика

При наступлении страхового случая страховщик обязуется возместить центру реабилитации, в соответствии со сказанным выше, стоимость прохождения реабилитационной программы – до максимальной суммы, указанной в статье 6.7.

6.7.5.1 При наступлении страхового случая застрахованному будет назначена реабилитационная программа в центре реабилитации по согласованию со страховщиком.

6.7.5.2. Реабилитационная программа будет координироваться исключительно страховщиком или с его предварительного согласия. Стоимость реабилитации будет выплачиваться непосредственно центру реабилитации.

6.7.5.3. Сумма, уплаченная страховщиком за реабилитационную программу, не будет превышать максимальную сумму, указанную в статье 6.4; продолжительность оплаченного курса реабилитации не будет превышать 90 дней.

6.7.5.4. Страховщик обязуется оплатить расходы по следующим статьям:

1) проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению реабилитолога;

2) дополнительные медицинские проверки, назначенные по усмотрению реабилитолога, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;

3) лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации или для предотвращения воздействия фоновых заболеваний на результаты реабилитационных мероприятий, как например наркотики или лечение антикоагулянтами при гипертонии;

4) итоговый отчет по результатам реабилитационной программы и, при необходимости, также последующее наблюдение.

6.7.6. Выплата за пребывание Застрахованным лицом в лечебном учреждении

В случае пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении, Страховщик осуществляет выплату непосредственно Застрахованному в соответствии с Приложением 2 к ДС 6 за каждый день госпитализации, но выплата осуществляется не более чем за 12 (двенадцать) дней госпитализации.

7. Исключения из страхового покрытия

7.1. В рамках страхования по настоящей программе не подлежат оплате следующие услуги:

7.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в ст. 6 настоящей Программы Страхования.

7.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей программой.

7.1.3. Услуги, необходимость оказаний которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

7.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;

- 7.1.5. психохирургия;
- 7.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;
- 7.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.
- 7.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:
- 7.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 7.1.8.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
- 7.1.8.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
- 7.1.8.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
- 7.1.8.5. если трансплантация органов, которая включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);
- 7.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции молочных желез после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;
- 7.1.10. услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциами, передающимися преимущественно половым путем);
- 7.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.
- 7.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:
- Не признается страховым случаем и, следовательно, Заказчик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и Иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания Медицинских и Иных услуг:
- 7.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;
- 7.2.2. предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом Медицинских и Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- 7.2.3. не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
- 7.2.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 7.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
- 7.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
- 7.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанный с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
- 7.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 7.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
- 7.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
- 7.2.11. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.
- 7.2.12. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
- 7.2.13. не предусмотренных настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 7.2.14. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
- 7.2.15. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;
- 7.2.16. в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и Иных услуг в Медицинских и Иных организациях, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования или выбор которых не был согласован со Заказчиком;
- 7.2.17. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фрирайдинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;
- 7.2.18. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

Описание услуги «Второе Экспертное медицинское мнение»

1. Термины и определения:
«Врач-специалист» – врач, получивший от компетентных официальных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и, имеющий необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести дополнительное заключение (Второе экспертное медицинское мнение).
«Медицинская информация» – информация, представленная Клиентом, в том числе заключение врача (Первое медицинское мнение) и любые медицинские документы, относящиеся к состоянию здоровья Клиента и затребованные поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» – на его собственное усмотрение и в соответствии с его решением – с целью составления Экспертного медицинского мнения (например, результаты рентгеноскопии, биопсии, анализов крови и мочи, анализов функций печени, ЭКГ, радиологических или ультразвуковых обследований, катетеризации и т. п.)
«История болезни» – медицинская информация, содержащая в том числе Первое медицинское мнение.
«Первое медицинское мнение» – первое заключение о состоянии здоровья Клиента, данное Врачом-специалистом. Наличие «Первого медицинского мнения» в Истории болезни Клиента является необходимым условием передачи его Истории болезни для получения Второго экспертного медицинского мнения в соответствии с условиями настоящего Договора.
«Второе экспертное медицинское мнение» – повторное заключение о состоянии здоровья Клиента, вынесенное поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Клиента.
2. Услуга
Клиент имеет право на получение одного Второго экспертного медицинского мнения в течение года на перечисленных ниже условиях:
2.1. Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами, имеющими соглашение с Исполнителем, на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Клиента, представленной последним Исполнителю, без обязательного физического обследования Клиента врачом-специалистом.
2.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Клиента в одной из следующих областей медицины:
1. Онкология 2. Неврология 3. Нефрология 4. Ортопедия 5. Кардиология
2.3 Исполнитель обязуется рассмотреть случай Клиента и рекомендовать услуги соответствующего врача-специалиста. При необходимости Исполнитель упорядочит и переведет Историю болезни и подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения.
2.4 Исполнитель обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Исполнитель сделает все от него зависящее, чтобы обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Клиенту в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Клиенту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Исполнитель полностью получит требуемую медицинскую информацию.
В случае увеличения срока подготовки заключения Исполнитель информирует об этом Заказчика с указанием причин задержки предоставления Клиенту Второго экспертного медицинского мнения.
2.5 Поясняется, что в случае отсутствия в Истории болезни Клиента Первого медицинского мнения данная История болезни не будет направлена врачу-специалисту, и услуга «Второе экспертное медицинское мнение» не будет оказана.
3. Порядок получения услуги.
3.1 Клиент, нуждающийся в получении услуги в соответствии с настоящим Договором, обращается к Заказчику для получения услуги, который в свою очередь направляет запрос Клиента Исполнителю.
3.2 Исполнитель сообщает Клиенту, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, персонал Исполнителя связывается с Клиентом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; лишь после их получения Исполнитель сможет направить запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение.
3.3 После получения Истории болезни Клиента, в том числе всех медицинских документов, которые, согласно мнению персонала Исполнителя, потребуются в рассматриваемом случае, запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения будет направлен врачу-специалисту.
4. Ответственность
4.1 Ответственность Исполнителя и/или любого лица, действующего от ее имени и/или по ее поручению, заканчивается, то есть ограничивается, с оказанием Клиенту услуги.

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования № 39

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«Страховая компания «Ю-Лайф»

**Анкета (досье) клиента – физического лица,
представителя клиента, выгодоприобретателя – физического лица
и бенефициарного владельца**

<input type="checkbox"/> Клиент	<input type="checkbox"/> Представитель клиента
<input type="checkbox"/> Выгодоприобретатель	<input type="checkbox"/> Бенефициарный владелец
Фамилия, имя и отчество (при наличии последнего)	
Дата и место рождения	
Гражданство	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (если имеется) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии)	
Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации.	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации.	
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания	
Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии)	
Номера телефонов и факсов (при наличии)	
Информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии)	
Иная контактная информация (при наличии)	

Является / Не является лицом, указанным в пп. 1 п. 1 ст.7.3. Федерального закона 115-ФЗ (публичным должностным лицом ¹)	<input checked="" type="checkbox"/> Да, являюсь ПДЛ <input type="checkbox"/> Нет, не являюсь ПДЛ
Заполняется при наличии отметки «Да, являюсь ПДЛ»	
Должность клиента, указанного в пп. 1 п. 1 ст. 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹ , наименование и адрес его работодателя	
Степень родства либо статус (супруг или супруга) клиента по отношению к лицу, указанному в пп. 1 п. 1 ст. 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹ .	<input checked="" type="checkbox"/> Да, являюсь родственником ПДЛ <input type="checkbox"/> Нет, не являюсь родственником ПДЛ Степень родства либо статус клиента _____
Заполняется при наличии отметки «Да, являюсь ПДЛ» / «Да, являюсь родственником ПДЛ»	
Источники происхождения денежных средств или иного имущества, в случаях, предусмотренных пп. 3 п. 1 и п. 3 ст. 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹	
Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности	
Сведения о финансовом положении	
Сведения о деловой репутации	
Сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя клиента:	
Фамилия, имя и отчество (при наличии) или Полное наименование юридического лица	
Реквизиты документа, подтверждающего полномочия Наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя клиента	
Информация и (или) сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах), представленные клиентом (представителем клиента): Фамилия, имя и отчество (при наличии)	

подпись

расшифровка подписи

дата

¹ Публичные должностные лица – иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского страхования № 39

Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного
страхования.

Продукт «Конструктор страхования от смертельно
опасных заболеваний».

Подготовлен на основании Правил добровольного
медицинского страхования № 39 от 07.03.2023 г.
(далее - Правила).



<https://www.ulife.ru/documents/rules/>

Страх овщик:	Акционерное общество «Страховая компания «Ю-Лайф» 121087, г. Москва, Береговой проезд, д. 5А, корпус 1, 20 этаж, офис 20/1/1.
-----------------	---

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Обращение по поводу лечения смертельно опасного заболевания

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

Событие не будет признано страховым случаем, если оно произошло:

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с имевшимися на момент заключения договора страхования заболеваниями / состояниями;
- в иных случаях, предусмотренных в программе страхования, являющейся приложением к договору страхования (полису).

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории: Весь мир

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Предельный срок для обращения за организацией и оказанием медицинской помощи не установлен.

Для оказания медицинской помощи Застрахованному лицу требуется обратиться к Страховщику и известить его о факте наступления события, имеющего признаки страхового случая, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВОЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии.	Сумма возврата страховой премии.
Отказ от договора добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования".	100% от страховой премии - при отказе от договора добровольного страхования до истечения 14 календарных дней со дня его заключения.
Отказ от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования.	100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
Иные случаи (указываются при наличии)	Не предусмотрено.
В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.	
Возврат страховой премии при отказе от договора страхования в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования" осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления. Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления, если основанием для подачи заявления стало ненадлежащее информирование об условиях страхования.	

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.

В случае если страховщик не удовлетворил заявление (претензию) и при этом размер требований не превышает 500 (пятьсот) тысяч рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг (сайт: www.finombudsman.ru; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3). Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.