



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 131
от «10» сентября 2021 г.
Генеральный директор
АО «СК «Югория-Жизнь»

А.В. Захаров

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 27

Оглавление

1. Общие положения. Определения.....	3
2. Субъекты и объекты страхования.....	7
3. Страховые риски. Страховые случаи.....	8
4. Общие исключения из страхового покрытия.....	8
5. Порядок заключения и оформления Договора страхования	10
6. Страховая сумма, страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии	14
7. Порядок организации медицинской помощи	14
8. Порядок определения страховой выплаты, срок осуществления страховой выплаты и перечень оснований отказа в страховой выплате.....	16
9. Конфиденциальная информация	17
10. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица.....	18
11. Форс-мажор	20
12. Заключительные положения.....	20
Приложение № 1	21
Приложение № 2а	27
Приложение № 2б	33
Приложение № 3	35
Приложение № 4	37
Приложение № 5	39

1. Общие положения. Определения.

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования № 27 (именуемые в дальнейшем «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила определяют общие условия и порядок осуществления личного страхования Акционерным обществом «Страховая компания «Югория-Жизнь» (именуемым в дальнейшем «Страховщик»), созданным в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившим лицензию в установленном законом порядке.

1.2. В рамках Правил используются следующие определения:

1.2.1. **Альтернативная медицина** – системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним, в частности, относится акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатия, натуропатия и остеопатия.

1.2.2. **Ассистанс** – вид деятельности Сервисной организации в области предоставления Застрахованному лицу широкого спектра медицинских, технических, информационных услуг и организации его лечения.

1.2.3. **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 (Застрахованным лицом) в заявлении (декларации) при заключении Договора страхования, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в период срока страхования.

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 недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

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

1.2.5. **Госпитализация** – помещение больного в течение срока страхования для проведения лечения травмы в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, согласованный 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 в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

1.2.6. **Диагностирование** – комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание патологических состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний.

1.2.7. **Декларация (Гарантии и Заверения) Страхователя /Застрахованного лица** – декларация, подписанная Застрахованным лицом перед оформлением Договора страхования в отношении состояния здоровья Застрахованного лица, являющаяся основой для Страховщика для принятия на страхование.

1.2.8. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, названное в Договоре страхования, вследствие расстройства здоровья которого или состояния которого, у Страховщика возникает обязанность по организации оказания ему медицинских и медико-сервисных услуг и их оплате согласно Договору страхования и Программе страхования.

1.2.9. **Когнитивные расстройства** – расстройства, которые значительно ухудшают когнитивные функции человека до такой степени, что нормальное функционирование в обществе невозможно без лечения, как это определено в последней версии диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-V).

1.2.10. **Лечебное (медицинское) учреждение** – медицинское учреждение, рекомендованное Сервисной компанией/Страховщиком. Это частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинского лечения травм, оснащенная

материальными/техническими средствами и укомплектованная квалифицированным персоналом для выполнения мер диагностического и хирургического вмешательства, в которой круглосуточно присутствуют врачи и медицинский персонал.

1.2.11. **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.

1.2.12. **Медико-сервисные услуги** — услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания Медицинских услуг, 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, проживание в гостинице (отеле) Застрахованного лица (одного сопровождающего лица), необходимые по медицинским показаниям), оформление Сервисной организацией/Медицинской организацией, рекомендованной Страховщиком, различной медицинской документации.

1.2.13. **Медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на восстановление здоровья Застрахованного лица после полученной травмы и включающий в себя предоставление медицинских услуг.

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

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

1.2.16. **Период охлаждения** – период времени, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения и возврат премии на условиях, предусмотренных законодательством и Правилами. Течение периода охлаждения начинается со дня заключения Договора страхования и составляет 14 (четырнадцать) календарных дней.

1.2.17. **Предварительное медицинское свидетельство** – письменное подтверждение Страховщика или Сервисной организации, в котором указывается подтверждение страхового покрытия по Договору страхования до начала оказания Медицинских и Медико-Сервисных услуг в указанной больнице на лечение, услуги, изделия медицинского назначения и рецептурные лекарственные препараты, имеющие отношение к страховому случаю.

1.2.18. **Предшествовавшее состояние** — любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, перечисленное в Декларации (Гарантии и Заверения) Страхователя/Застрахованного лица или в Анкете Застрахованного лица, диагностированное и(или) или проявляющее себя симптомами, в течение 10 лет до даты начала действия Договора страхования, задокументированное в медицинских материалах.

Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.2.19. **Протез** – устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию не действующей, либо действующей с нарушениями части тела.

1.2.20. **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.

1.2.21. **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.

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

1.2.23. **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, проведенные операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.

1.2.24. **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 (страховой риск) может быть признано страховым случаем, в результате чего у Страховщика возникнет обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с Правилами и Договором страхования.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, то срок страхования начинается с 00 часов 00 минут 15 (пятнадцатого) дня, следующего за днем начала действия Договора страхования, при этом, досрочное прекращение действия Договора страхования влечёт за собой прекращение сроков страхования по всем страховым рискам, включённым в Договор страхования.

1.2.25. **Страховщик** — Акционерное общество «Страховая компания «Югория-Жизнь», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности на основании полученной в установленном порядке лицензии. В соответствии с Правилами и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает договоры добровольного личного страхования (далее по тексту «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами или юридическими лицами любой формы собственности.

1.2.26. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо либо российское или иностранное юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор в соответствии с Правилами.

1.2.27. **Страховой риск** – предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с Правилами производится страхование.

1.2.28. **Страховой случай** – совершившееся событие в течение срока страхования (реализованный с соблюдением условий Правил и Договора страхования страховой риск), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату при условии, что Страховщику предоставлены документы, которые подтверждают наступление такого события.

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

1.2.30. **Страховая сумма** – определенная сторонами в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой определяются размеры страховой премии и в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату. При этом страховая сумма по Договору страхования уменьшается на сумму ранее осуществленных по нему страховых выплат.

1.2.31. **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.

1.2.32. **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 за пределами

Российской Федерации и обратно из лечебного учреждения до места постоянного места проживания (на территории Российской Федерации).

1.2.33. **Травма** — повреждение, под которым понимают нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей тела человека, возникающее в результате внешнего воздействия. В рамках Правил не являются травмами остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

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

1.2.35. **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 Правилах, но не более перечня, указанного в Полисе\Договоре страхования с Застрахованным лицом. Услуга предоставляется Сервисной организацией.

1.2.36. **Хирургическая операция** — все операции, проводимые в диагностических либо терапевтических целях, выполняемые путем надреза или иных способов внутреннего проникновения хирургом в медицинском учреждении, для проведения которых обычно требуется наличие операционной.

1.2.37. **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.

1.2.38. **Ю-онлайн** — информационный ресурс, личный кабинет Страхователя (Застрахованного лица) на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», предназначенный для обмена информацией и(или) документацией между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом), доступ к которому предоставляется исключительно Клиенту посредством использования средств аутентификации и идентификации.

1.3. На страхование не принимаются:

1.3.1. Лица старше 55 (пятидесяти пяти) и младше 3 (трех) полных лет на момент заключения Договора страхования.

Возраст означает полное количество лет, то есть для вычисления возраста берется последний день рождения;

1.3.2. лица, употребляющие наркотики, токсические вещества, страдающие алкоголизмом, состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете;

1.3.3. лица со стойкими нервными или психическими расстройствами, в том числе состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;

1.3.4. лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;

1.3.5. лица, страдающие онкологическими заболеваниями на дату заключения Договора страхования или когда-либо в прошлом;

1.3.6. лица, у которых имеют место на дату заключения Договора страхования или ранее, в течение 10 лет до даты начала действия Договора страхования, заболевание(я), состояние(я), травма(ы) или дефект(ы), перечисленные в Декларации (Гарантии и Заверения) Страхователя/Застрахованного лица, содержащейся в составе Заявления на страхование, в составе Договора страхования, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями (предшествующие заболевания/состояния).

1.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику о Застрахованном лице заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в Договоре страхования и/или в Декларации (Гарантии и Заверения) Страхователя/Застрахованного лица (Приложения №1-2) к Правилам), Анкете Застрахованного лица

или будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее в одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику/скрыл обстоятельства, перечисленные в пунктах 1.3.2 – 1.3.6 Правил и эти обстоятельства были выявлены после вступления Договора страхования в силу, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в отношении такого лица и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

1.5. Подписывая Договор страхования, Страхователь и Застрахованное лицо подтверждают свое согласие с тем, что Страховщик и действующие по его поручению Обработчики могут осуществлять следующие операции с персональными данными 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, в том числе, дают согласие на трансграничную передачу персональных данных.

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 законодательством России, 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, но не менее срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

1.6. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что согласен на получение от Страховщика, его агентов, партнеров, 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 Договора страхования, а также текстовых сообщений рекламного и иного характера. Страхователь также дает свое согласие Страховщику на осуществление аналогичного характера звонков на предоставленный им номер телефона. Подписывая Договор страхования, 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. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица в результате травмы средней степени тяжести или тяжелой травмы.

2.2. По Договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение Медицинских услуг в порядке и на условиях Правил и Договора страхования в Медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию, а также посредством Сервисных организаций.

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 в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, включенных в Программу, по поводу ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица в связи с получением Застрахованным лицом травмы средней степени тяжести или тяжелой травмы. степень тяжести травмы определяется лечебным (медицинским) учреждением в соответствии с Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными приказом Министерства здравоохранения о социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по Договору страхования, определяется Договором страхования.

Случай может быть признан страховым при соблюдении следующих условий:

А) Застрахованное лицо обратилось в течение срока страхования за медицинской помощью по поводу травмы средней тяжести или тяжелой травмы, полученной во время срока действия Договора страхования;

Б) Лечение полученной травмы необходимо по медицинским показаниям, подтверждено предоставленными Страховщику медицинскими документами и организовано Сервисной компанией/Страховщиком в течение срока страхования;

3.3. События, предусмотренные в п. 3.2 Правил, могут быть признаны страховыми случаями, если они подтверждены документами в соответствии с положениями, предусмотренными разделом 7 Правил, а также, если лечение заболевания либо проведение хирургической операции является необходимым с медицинской точки зрения.

Для целей данного страхования необходимыми с медицинской точки зрения (необходимо по медицинским показаниям) являются следующие медицинские услуги и средства оказания медицинской помощи, которые:

а) необходимые для удовлетворения основных потребностей Застрахованного лица в медицинской помощи, и

б) предоставленные наиболее подходящим, с медицинской точки зрения, способом и в том виде, в котором они наиболее сообразны сфере медицинского обслуживания, с учетом как стоимости, так и качества услуг, и

в) по типу, частоте и продолжительности лечения, соответствуют научно обоснованным рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, организаций или государственных органов медицинского страхования, согласованных Страховщиком, и

г) соответствуют диагнозу состояния после получения травмы.

д) требуются по причинам иным, нежели удобство Застрахованного лица или его врача, и

е) в отношении которых в прошедшей экспертную оценку и широко распространенной медицинской литературе продемонстрировано следующее:

- безопасность и эффективность в лечении и диагностике состояний или травм, для которых предлагается их применение либо

- безопасность в виде перспективы эффективности при лечении состояний, опасных для жизни либо заболеваний при клинически контролируемой научной программе.

4. Общие исключения из страхового покрытия.

4.1. Если иное не оговорено Договором страхования, не является страховым случаем, обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение:

4.1.1. по поводу лечения полученного травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки преступления;

4.1.2. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

4.1.3. для выполнения исследований / лечения / процедур, не назначенных врачом/не согласованных с Сервисной Компанией или выполняемых по желанию Застрахованного лица;

4.1.4. связанных с применением косметической или пластической хирургии;

4.1.5. по поводу исключений, прямо предусмотренных Договором страхования.

4.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной или забастовками;

г) стихийными бедствиями (если иное не предусмотрено Договором страхования);

д) террористическими актами (если иное не предусмотрено Договором страхования)

4.3. К исключениям по событиям, указанным п. 3.2 Правил, относятся также:

4.3.1. Общие исключения

а) расходы, понесенные в связи со всеми травмами / хирургическими вмешательствами, медицинскими процедурами, не предусмотренными Договором страхования;

б) расходы, понесенные в связи с лечением / хирургическими вмешательствами, в медицинском учреждении, не согласованном со Страховщиком/Сервисной компанией и не указанном в Предварительном медицинском свидетельстве, за исключением случаев, когда такое вмешательство было необходимо в связи с угрозой жизни Застрахованного лица;

в) любые расходы, связанные с заболеваниями или травмами, полученными в результате войны, террористических актов, сейсмических движений, волнений, мятежей, наводнений, извержений вулкана, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции и другими необычными либо катастрофическими явлениями; а также в связи с официально объявленными эпидемиями;

г) любые медицинские расходы, необходимость в которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголя и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов. К исключениям также относятся состояния, заболевания и травмы, причиной которых является попытка совершения самоубийства либо причинение себе вреда;

д) расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного лица, либо возникшими при совершении преступления;

е) расходы, связанные с любыми заболеваниями, травмами и состояниями, во время нахождения Застрахованного лица в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

4.3.2. Медицинские исключения:

а) экспериментальное лечение, а также диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения;

б) медицинские процедуры, необходимые в связи с наличием СПИДа, ВИЧ или иного состояния, возникшего вследствие данных заболеваний (в т.ч. саркомы Капоши), а также для лечения СПИДа и ВИЧ;

в) любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения покрытой страхованием травмы либо проведения медицинской процедуры согласно условиям Договора страхования;

д) расходы, понесенные при лечении, обслуживании и обеспечении медицинских предписаний по травме, наилучшим методом лечения которой является трансплантация органа;

е) любое заболевание, вызванное трансплантацией органа;

ж) лечение длительных побочных эффектов, избавление от хронических симптомов или реабилитация (включая, но не ограничиваясь физиотерапией, двигательной реабилитацией, логопедией и языковой терапией).

4.3.3. Исключенные расходы:

а) любые расходы, возникшие в связи с какими-либо диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, принадлежностями, медицинским предписанием любого характера, понесенные в любой стране мира;

б) любые расходы, понесенные в отношении какого-либо заболевания, не вызванного травмой, полученной Застрахованным лицом.

в) любые расходы, понесенные Застрахованным лицом по поводу лечения травмы до выдачи Предварительного медицинского свидетельства, за исключением случаев, когда такое вмешательство было необходимо в связи с угрозой жизни Застрахованного лица

г) любые расходы, понесенные в другом медицинском учреждении, нежели уполномоченное медицинское учреждение, указанное в Предварительном медицинском свидетельстве.

д) любые расходы, понесенные без соблюдения Порядка урегулирования убытков Страховщиком.

е) любые расходы, понесенные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытой страхованием травмы.

ж) любые расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов;

з) любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования.

и) любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом, либо приобретенные без наличия медицинского рецепта.

к) любые расходы, понесенные вследствие применения альтернативной медицины, даже если такие меры специально прописаны врачом.

л) оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам.

м) любые расходы, понесенные Застрахованным лицом или его родственниками и сопровождающими лицами, за исключением расходов, четко указанных в качестве предметов покрытия.

н) любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными.

о) любые расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

4.4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в отношении событий, не являющихся страховыми случаями:

4.4.1. в части покрытия расходов на оказание медицинской или иной помощи, не обоснованных документами, предусмотренными п. 7.2 Правил и подтверждающими наступление страхового случая;

4.4.2. в части покрытия расходов, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и/или Договором страхования, в т.ч. расходов в связи с оказанием Застрахованному лицу различных видов платной медицинской помощи, не связанных с получением Застрахованным лицом травмы;

4.4.3. обращение за медицинской и иной помощью в течение срока действия Договора страхования по травме, полученной Застрахованным лицом не во время срока действия Договора страхования;

4.4.4. обращение за медицинской и иной помощью по основаниям иным, чем необходимость лечения травмы;

4.4.5. страховых событий, не повлекших возникновения расходов на оплату медицинской и иной помощи.

5. Порядок заключения и оформления Договора страхования

5.1. Основанием для заключения Договора страхования является заявление Страхователя. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы Договора страхования влечёт недействительность Договора страхования. Договор страхования заключается путём вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления Полиса, подписанного Страховщиком.

5.2. При подписании Полиса (соглашений о внесении изменений в Полис) Страховщик может использовать аналог собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналог печати Страховщика, а также усиленную квалифицированную электронную подпись. Под аналогом подписи и печати понимается их факсимильное воспроизведение, выполненное при помощи программного обеспечения.

Документы, подписанные указанным способом, имеют такую же юридическую силу, что и документы, подписанные оригинальной подписью.

5.3. Заявление на страхование предоставляется Страховщику в электронном виде, подписанное простой электронной подписью Страхователя, с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также личного кабинета «Ю-онлайн», размещённого на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5.3.1. Договор страхования составляется в виде электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» или с использованием личного кабинета «Ю-онлайн», размещённого на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (за исключением случая, когда у Страховщика возникают подозрения, что заключение Договора страхования осуществляется в целях легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путём, или финансированию терроризма).

5.3.2. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, заключается посредством направления Страховщиком Страхователю страхового полиса или размещения в личном кабинете «Ю-онлайн» страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи». Договор страхования считается заключённым Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса). Страхователь уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах, подтверждая тем самым своё согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

5.3.3. Доступ к указанному официальному сайту Страховщика для совершения действий, предусмотренных п. 5.3.1 Правил, может осуществляться Страхователем (Застрахованным лицом) с использованием единой системы идентификации и аутентификации либо в ином порядке, установленном Страховщиком.

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

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

5.5.1. документы, удостоверяющие личность;

5.5.2. документы, удостоверяющие гражданство;

5.5.3. документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие таких документов обязательно в соответствии с международными договорами Российской Федерации и законодательством Российской Федерации);

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

5.5.5. документы и сведения, получение которых связано с требованиями законодательства Российской Федерации, 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 Российской Федерации;

5.5.6. идентификационный номер налогоплательщика (далее — ИНН);

5.5.7. контактную информацию: номера телефонов, адрес электронной почты, полный почтовый и фактический адрес, платёжные реквизиты.

5.5.8. Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов, запрашиваемых у Страхователя.

5.6. При заключении Договора страхования, Страхователь и (или) 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.

5.7. Обстоятельствами, имеющими значение для определения страхового риска, признаются сведения, определённо оговорённые Страховщиком в 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 страхования 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):

5.7.1. сведения о возрасте, поле, весе, росте, состоянии здоровья, сведения о диспансерном учёте (включая сведения, предусмотренные п. 1.3 Правил);

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

5.7.3. 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;

5.7.4. 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.

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

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

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

5.10. 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 6 апреля 2011 года № 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 и (или) в Правилах.

5.11. Все письменные/электронные уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам/электронным адресам, которые указаны в Договоре страхования. 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.

5.12. Договор страхования считается заключённым в момент оплаты страховой премии

(первого страхового взноса если Договором страхования предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку) в соответствии с условиями выданного Страхователю страхового полиса.

Договор страхования вступает в силу с даты, следующей за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в сумме, предусмотренной Договором страхования, если в Договоре страхования не установлен иной момент вступления Договора страхования в силу.

При этом срок страхования (страховое покрытие) начинает действовать с 00 часов 00 минут 15 дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса), и продолжает свое действие в течение 1 (одного) года, если в Договоре страхования не установлены иные даты начала и окончания срока страхования (страхового покрытия).

Действие Договора страхования прекращается одновременно с окончанием действия срока страхования (страхового покрытия).

5.13. Неоплата Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в срок, установленный в Договоре страхования, или оплата в меньшем размере влечёт не вступление в силу Договора страхования. Договор страхования считается недействующим, не влекущим для сторон правовых последствий, предусмотренных Договором страхования.

5.14. Договором страхования может быть предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку ежемесячными платежами (страховыми взносами). При этом страховое покрытие при оплате первого страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования начинает свое действие в соответствии положениями п. 5.12 Правил.

5.15. Договор страхования прекращается в случаях:

5.15.1. истечения срока действия Договора страхования;

5.15.2. при неуплате Страхователем очередного страхового взноса в в установленный Договором страхования срок;

5.15.3. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объёме;

5.15.4. смерти Застрахованного лица, а также при признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим;

5.15.5. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

5.15.6. досрочного расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя (отказ от Договора страхования в силу п. 2 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации) или по взаимному соглашению Сторон. Договор страхования 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 Правилами;

5.15.7. по соглашению Сторон;

5.15.8. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.16. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования в течение Периода охлаждения. При этом оплаченная страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страхователю в полном объеме.

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.

5.17. 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.

5.18. В случае прекращения Договора на основании пункта 5.15.2 Правил Договор страхования считается прекращённым со следующего календарного дня с даты просрочки оплаты очередного страхового взноса. Расторжение происходит на основании уведомления Страховщика, направленного любым предусмотренным Правилами способом, при этом страховая премия (часть страховой премии) возврату не подлежит. .

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

5.20. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причинам, указанным в п. 5.15.6 Правил, страховая премия не возвращается;

5.21. 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.

5.22. Правила являются Приложением к Договору страхования как его неотъемлемая часть. Договором страхования может быть предусмотрено, что Правила 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 размеры страховых выплат при наступлении страхового случая.

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

6.3. В течение срока действия Договора страхования страховая сумма уменьшается на сумму произведенных выплат по Договору страхования.

6.4. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком. Страховая премия рассчитывается исходя из тарифной ставки, страховой суммы и срока страхования с учетом 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 проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем 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.

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

6.6. При «страховании в эквиваленте» страховая сумма устанавливается в иностранной валюте. Денежные обязательства сторон подлежат оплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. Подлежащая уплате в рублях сумма определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации установленному для соответствующей иностранной валюты на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету, если Договором страхования не установлен иной курс иностранной валюты и/или иная дата его определения.

6.7. Порядок уплаты страховой премии устанавливается сторонами в Договоре страхования.

6.8. Страховая премия (первый страховой взнос) должна быть оплачена на начало действия Договора страхования.

6.9. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при оплате наличными денежными средствами – день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика, указанный в квитанции установленной формы на получение страховой премии (страхового взноса);

- при безналичной оплате – день списания денежных средств с расчетного счета Страхователя.

6.10. Страховщик вправе информировать Страхователя о необходимости оплаты очередного страхового взноса и последствий неоплаты очередного страхового взноса способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

7. Порядок организации медицинской помощи

7.1. Для получения предусмотренной Договором страхования медицинской помощи в случае получения травмы Застрахованное лицо обращается в медицинское или иное учреждение, предусмотренное Договором страхования или согласованное со Страховщиком (Сервисной

организацией) либо к Страховщику (в Сервисную организацию).

7.1.1. В случае обращения Застрахованного лица к Страховщику с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, последний должен проинформировать Застрахованное лицо обо всех предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами необходимых действиях, которые он должен предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о страховом возмещении израсходованных Застрахованным лицом личных средств, о порядке и способе их возмещения, и о сроках проведения указанных действий и представления документов. Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Застрахованного лица, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

7.2. Для получения предусмотренной Договором страхования медицинской помощи Застрахованное лицо может, с предварительного согласия Страховщика (Сервисной компании) и если это предусмотрено Договором страхования, при ухудшении состояния здоровья связанного с травмой, обратиться в любое медицинское или иное учреждение и самостоятельно оплатить медицинскую помощь. После получения услуг Застрахованное лицо для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг, должно в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о компенсации расходов, понесенных Застрахованным лицом в соответствии с условиями настоящего пункта или отказ в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному лицу в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного лица или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:

7.2.1. письменного заявления на получение страхового возмещения;

7.2.2. копия документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иные документы, позволяющие идентифицировать Застрахованное лицо;

7.2.3. документов, подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному лицу (копия договора оказания медицинских услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью ЛПУ или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющий) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему прейскуранту, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных средств, материалов/ предметов медицинского назначения, заверенные подписью ответственного лица в ЛПУ и печатью ЛПУ;

7.2.4. оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;

7.2.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинского учреждения (рецепт или сигнатура, или заключение врача о назначении лекарственных средств/изделий медицинского назначения), факт их применения при проведенном лечении травмы, покрываемой страхованием, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (чек ККМ или заменяющий его документ в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги);

7.2.6. при обращении за страховым возмещением от имени другого лица - документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицом).

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления.

Если полученные Страховщиком документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

В случае если Застрахованным лицом или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для

осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

7.3. Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным лицом или его представителем документы недостаточны для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

7.4. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (иных документов) на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным лицом дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным лицом документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного лица, срок принятия решения может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному лицу.

Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

В случае принятия Страховщиком решения об отказе в выплате страхового возмещения, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованное лицо или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа.

При необходимости Застрахованное лицо в течение срока действия Договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору страхования.

8. Порядок определения страховой выплаты, срок осуществления страховой выплаты и перечень оснований отказа в страховой выплате

8.1. Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи при наступлении страхового случая по Договору страхования.

8.2. Страховая выплата осуществляется на основании нормативных документов Минфина России и Минздрава России, в порядке и сроки, определенные Договором страхования, после получения и проверки Страховщиком заявлений о страховом событии (при необходимости), копии документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения, подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения и факта их применения при проведенном лечении. Сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 рабочих дней с момента получения счета из медицинского и иного учреждения или заявления Застрахованного лица и иных документов, указанных в п. 7.2 Правил. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие положительного решения и передает документы для оплаты либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

При осуществлении страховой выплаты по Договору страхования в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское и иное учреждение, счетам оплачиваются в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяноста) рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанную медицинскую помощь не предусмотрено между Страховщиком и медицинским и иным учреждением.

8.3. В случаях, предусмотренных п. 7.2 Правил, страховая выплата по Договору

страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному лицу его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи на основании предъявленных документов, указанных в п. 7.2 Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным лицом расходы. При этом объем такой выплаты определяется Договором страхования.

8.4. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

8.5. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

8.5.1. за отдельную простую, сложную и/или комплексную медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинской помощи (далее - сервисные услуги);

8.5.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить вся или отдельная медицинская помощь, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

8.5.3. по законченному случаю оказания помощи;

8.5.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

8.5.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

9. Конфиденциальная информация

9.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

9.1.1. о размере страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования;

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 страхования передавать указанные в п. 9.1.2 Правил персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору страхования. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

9.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 9.1.3 Правил. 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 пунктах 9.1.2 и 9.1.3 Правил, – и с письменного согласия Застрахованного лица.

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

9.7. Под обработкой персональных данных в 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) для осуществления добровольного страхования Застрахованных лиц, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, 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 страхования (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 страхования, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

9.8. Страховщик и партнеры Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору страхования, имеют право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных (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 партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

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

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

9.11. В случае отзыва Застрахованным 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 страхования в отношении такого Застрахованного.

10. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица

10.1. Страховщик обязан:

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

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

10.1.3. без письменного согласия Страхователя (Застрахованного лица) не разглашать личные данные и сведения об имущественном положении указанных лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

10.1.4. 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.

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

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. проверять сообщаемую Страхователем/Застрахованным лицом информацию, в том числе о возрасте, состоянии здоровья Застрахованного лица, а также выполнение Страхователем и

Застрахованным лицом требований и положений Правил и Договора страхования любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

10.2.2. отсрочить принятие решения о признании случая страховым или непризнании заявленного случая страховым, а также страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, уголовного дела – до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

10.2.3. 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;

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

10.2.5. 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 страхования недействительным;

10.2.6. не осуществлять операции по перечислению денежных средств, причитающихся Страхователю (Застрахованному лицу) в рамках исполнения Договора страхования, в случае непредставления Страхователем документов и сведений, необходимых Страховщику в целях реализации требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем и финансированию терроризма;

10.2.7. 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 путем и финансированию терроризма, а также выполнения требований законодательства;

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

10.2.9. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и Договора страхования.

10.3. Страхователь обязан:

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

10.3.2. уплачивать страховую премию в размерах и в сроки, определенные Договором страхования;

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

- о наступлении смерти Застрахованного лица (если Страхователь не является Застрахованным лицом) в срок не позднее 35 календарных дней от момента, когда Страхователю стало об этом известно;

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

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

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

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

10.3.6. в срок не позднее 10 дней с момента заключения Договора страхования информировать Застрахованное лицо о его правах и обязанностях по Договору страхования;

10.4. Страхователь имеет право:

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

10.4.2. получить дубликат Договора страхования (Полиса) в случае его утраты;

10.4.3. досрочно расторгнуть Договор страхования;

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

10.4.5. требовать от Страховщика информацию, касающуюся его финансово-экономического состояния и не являющуюся коммерческой тайной.

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

11. Форс-мажор

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

11.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, каждая из Сторон немедленно информирует другую Сторону о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

11.3. 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 страхования.

12. Заключительные положения

12.1. Все денежные расчеты между Сторонами осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

Полис-оферта № _____

« ____ » _____ г.

CREATED_DT г.

Настоящий документ является Полисом-офертой - предложением Акционерного общества «Страховая компания «Югория-Жизнь» (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, Полис-оферта) на условиях, изложенных в настоящем Полисе-оферте и Правилах добровольного медицинского страхования № 27 Редакция 1 от 10.09.2021 г. (далее – Правила). Правила являются Приложением №1 к Договору страхования и его неотъемлемой частью. По Договору страхования Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать

медицинскую помощь и произвести ее оплату на условиях Договора страхования и Правил.

Предложение о заключении Договора страхования считается принятым Страхователем в случае акцепта Полиса-оферты. Акцептом настоящего Полиса-оферты является факт оплаты Страхователем страховой премии в размере и сроки, указанные в разделе «Страховая премия и порядок ее уплаты» настоящего Полиса-оферты. Это означает, что Договор страхования считается заключенным с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

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

1. Страховщик:

Акционерное общество «Страховая компания «Югория-Жизнь».

ИНН 8601027509, ОГРН 1068601000335. Адрес местонахождения: Российская Федерация, 121087, г. Москва ул. Береговой проезд д.5а к.1 20 этаж офис 20/1/1.

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

Фамилия, Имя, Отчество: _____	
Гражданство: _____	Является ли Страхователь налоговым резидентом иностранного государства: нет
Пол: _____	Наличие вида на жительство: нет
Дата рождения: _____	Документ, подтверждающий право на пребывание в Российской Федерации иностранного гражданина: нет
Тел: _____	TIN: нет
Электронный адрес: _____	
Паспорт №: _____	
Место рождения _____	Адрес регистрации _____
Фактический адрес _____	

2.2. Застрахованное лицо:

Фамилия, Имя, Отчество: _____

Гражданство: _____	Является ли Застрахованное лицо налоговым резидентом иностранного государства: нет
Пол: _____	Наличие вида на жительство: нет
Дата рождения: _____	Документ, подтверждающий право на пребывание в Российской Федерации иностранного гражданина: нет
Тел: _____	TIN: нет
Электронный адрес: _____	
Паспорт №: _____	
Место рождения _____	Адрес регистрации _____
Фактический адрес _____	

3. Способ взаимодействия со Страхователем:

Посредством личного кабинета на сайте Страховщика, посредством почтовой связи по адресу регистрации и посредством почтовой связи по фактическому адресу проживания. Адрес личного кабинета для клиентов в сети «Интернет»: **online.ulife.ru**.

4. Страховые риски, страховые суммы, размер страховых выплат

Страховые риски*	Страховая сумма	Страховая выплата	Страховая премия
Обращение по поводу лечения травмы средней степени тяжести или тяжелой травмы.	300 000 рублей	организация лечения на сумму не более 300 000 рублей	_____ руб.

Страховым случаем по указанному риску (пункты 4 Договора страхования) не признается событие, если оно наступило при

обстоятельствах, перечисленных в Разделе 4 Правил.

5. Срок действия договора:

5.1. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут 15 (пятнадцатого) дня, следующего за датой заключения (оплаты в полном объеме страховой премии либо первого страхового взноса).

Договора страхования в силу и заканчивается по истечении 1 (одного) года с учетом положений раздела 5.15.1 Правил.

5.2. Срок страхования (страховое покрытие) начинается одновременно с вступлением

5.3. Событие может быть признано страховым случаем только при условии, если оно произошло в период действия страхового покрытия.

6. Страховая премия и порядок её уплаты:

6.1. Порядок уплаты страховой премии

невозможность заключения Договора страхования на указанных в Полисе-оферте условиях.

Неуплата страховой премии (первого страхового взноса) в указанный срок или уплата в меньшем размере влечет за собой признание Договора страхования незаключённым и

6.2. Днём уплаты страховой премии (страхового взноса) считается день списания денежных средств с расчетного счета Страхователя.

7. Порядок получения страховой выплаты

Страховая выплата осуществляется в безналичном порядке посредством перечисления денежных средств на счёт медицинского учреждения, согласованного со Страховщиком, в котором Застрахованное лицо

проходило лечение по поводу травмы средней степени тяжести или тяжелой травмы.

8. Досрочное расторжение договора страхования

При расторжении Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования включительно Страховщик осуществляет возврат Страхователю уплаченной страховой премии в полном объеме. При расторжении

Договора страхования после истечения 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования страховая премия возврату не подлежит.

9. Декларация (Гарантии и заверения) Страхователя/Застрахованного лица

Акцептом настоящего Полиса-оферты Страхователь подтверждает:

- что он и Застрахованное лицо являются дееспособными и не страдают психическими заболеваниями и расстройствами личности;
- что в настоящее время Застрахованное лицо не является лицом, требующим постоянного ухода по состоянию здоровья, не имеет нарушений опорно-двигательного аппарата, эпилепсии, паралича и других тяжёлых расстройств нервной системы, туберкулёза, не состоит на диспансерном учёте в наркологическом/ психоневрологическом/ туберкулёзном/ онкологическом диспансерах, не страдает СПИДом и не имеет (не имел) положительного результата анализа крови на ВИЧ, не находится на стационарном лечении;
- что в настоящий момент и в течение последних 5 (пяти) лет у Застрахованного лица не были диагностированы, и Застрахованное лицо не проходит (не проходило) лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное) по поводу следующих заболеваний: хронической почечной недостаточности, сахарного диабета,

гемофилии, любых онкологических заболеваний, рассеянного склероза;

- что трудоспособность Застрахованного лица не была непрерывно ограничена на 30 (тридцать) дней и более в связи с нарушением здоровья, обусловленном травмой или отравлением на протяжении 2 (двух) лет, предшествующих дате заключения договора страхования;

- что Застрахованное лицо в настоящее время не находится под следствием или в местах лишения свободы.

Подтверждая отсутствие вышеперечисленных заболеваний/состояний, Страхователь понимает существо вопроса и характер данных заболеваний/состояний, и ему была предоставлена Страховщиком возможность получить дополнительные разъяснения по данному вопросу до момента заключения Договора страхования. Страхователь понимает, что, в случае предоставления заведомо ложной информации, Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования недействительным и не осуществлять страховую выплату.

10. Согласие на обработку персональных данных, а также передачу сведений в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан»

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

1. АО «СК «Югория-Жизнь» (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» (адрес: 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. 41х1д/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, Дженерал Реиншуранс АГ, 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 «Югория-Жизнь» 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 моему запросу возможности заключения договора с

Оператором и/или Партнером (с идентификацией моей личности) с возможным обменом моими 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 моих персональных данных 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 мне доступа через каналы обслуживания Партнеров/Оператора к информации по договорам, заключенным мною с Партнерами/Оператором (при наличии),

- предоставление мне возможности получения продуктов и сервисов Партнеров/Оператора с использованием каналов обслуживания Партнеров/Оператора,

- прием запросов, обращений, заявлений через каналы Партнеров/Оператора по договорам, заключенным мною с Партнерами/ Оператором (при наличии),

- проведения исследований, выборочное проведение опросов по контролю качества услуг;

4) *Автозаполнение данных:*

- заполнение сведений обо мне 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 мне 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 моих интересов и предпочтений для формирования и направления мне персональных предложений посредством сбора и обработки любых моих 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 мне 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.

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

- дает разрешение любому врачу, любым организациям, оказывавшим Застрахованному лицу медицинскую помощь или обладающим информацией о состоянии их 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 (эпикризы) 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 у него нет действующих договоров страхования со Страховщиком, включая настоящий Договор, с совокупной страховой суммой по рискам Смерти («Смерть по любой причине», «Смерть Застрахованного в результате несчастного случая») более 10 (десяти) миллионов рублей;

- подтверждает, что он и Застрахованное лицо являются только гражданами Российской Федерации и не имеют второго гражданства;

- 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 контактных данных Страхователь обязуется незамедлительно уведомить об этом Страховщика в порядке, предусмотренного Правилами.

- признает, что факсимильное воспроизведение оттиска печати и подписи уполномоченного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования на Договоре страхования, 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 страхования он был ознакомлен с информацией об условиях страхования «Привет, Атлет!» на сайте Страховщика <https://ulife.ru/products>, порядком урегулирования убытков, размещенным на сайте по ссылке: <https://ulife.ru/client/claim/>, информацией об условиях договора;

- подтверждает, что все положения Полиса-оферты и Правил, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой

суммы, порядок расторжения и изменения Договора страхования и другие условия разъяснены и понятны Страхователю;

- подтверждает, что Правила добровольного медицинского страхования № 27 Редакция 1 от 10.09.2021 ему вручены.

- выражает свое согласие на присоединение к Соглашению о порядке электронного

взаимодействия с клиентами АО «СК «Югория-Жизнь».

Правила добровольного медицинского страхования № 27 Редакция 1 от 10.09.2021 доступны по ссылке

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

от Страховщика

М.П.

Анкета Застрахованного лица

Ф.И.О.

На Страхователе/Застрахованном лице лежит обязанность ПОЛНО и ДОСТОВЕРНО ответить на ВСЕ вопросы, так как они связаны с оценкой вероятности наступления страхового случая. Несоблюдение этого условия может повлечь признание договора страхования недействительным, отказ в страховой выплате. Страховая компания обязуется соблюдать конфиденциальность сообщенной Вами информации в соответствии с законом РФ.

1. Укажите Ваши физические параметры: Рост (см): _ _ _ _ Вес (кг): _ _ _ _	
2. Укажите Ваше артериальное давление (последнее измерение, дата) _____ мм.рт.ст.	
3. Курите ли Вы? <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	Курили ли Вы ранее? <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет Если да, то сколько лет назад бросили? _ _ _ Сколько лет курили? _ _ _
Если да, то укажите среднее количество выкуриваемых за 1 день: сигарет _ _ _ трубок _ _ _	
4. Употребляете ли Вы пиво, вино или крепкие спиртные напитки? <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
Если да, то укажите среднее дневное количество (грамм в неделю) употребления и тип алкоголя: _____	
5. Получаете ли Вы в настоящий момент стационарную медицинскую помощь по любой причине?* <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
6. Являетесь ли Вы или являлись ли когда-либо:	
6.1. Инвалидом I группы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	6.4. Инвалидом детства <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
6.2. Инвалидом II группы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	6.5. Ребенком-инвалидом <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
6.3. Инвалидом III группы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
Если да, то укажите, причину присвоения инвалидности, дату присвоения группы инвалидности, дату переосвидетельствования: _____	
6.6. Проходили ли Вы когда-нибудь освидетельствование в МСЭ, направлены ли Ваши документы в настоящий момент на МСЭ или Вы планируете это сделать в ближайшее время	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, причину направления документов на МСЭ, дату: _____	
7. Находитесь ли Вы в настоящий момент или находились под наблюдением врача, на лечении (амбулаторном, стационарном, восстановительном), на диспансерном учете, принимаете лекарства или у Вас проявлялись любые симптомы в связи со следующими заболеваниями или состояниями в течение последних 10 лет (если ответ «ДА», то, пожалуйста, опишите подробно заболевания/состояния, ФИО врачей, адреса лечебных учреждений в которых Вы находились на лечении/обследовании, даты и т.п.):	
7.1. онкологические заболевания любой локализации, увеличение желез или какие-либо формы рака, опухолей, злокачественных или доброкачественных новообразований, в том числе злокачественные заболевания кроветворной и лимфатической системы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
7.2. заболевания мышц, костей, связок, суставов, позвоночника и кожи: ревматизм в активной фазе с острым, подострым, затяжным или непрерывно рецидивирующим течением; диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, болезнь Шегрена), патологические переломы костей, системный васкулит; ревматоидный артрит, артрозы, подагра, или заболевания межпозвоночных дисков (остеопороз, смещение дисков, позвонков) какие-либо ограничения двигательных функций, другие заболевания костей и суставов <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
7.3. заболевания и расстройства деятельности сердца: инфаркт, постинфарктный кардиосклероз, аневризма сердца, аорты и центральных сосудов, боли в грудной клетке, высокое кровяное давление, сердцебиение, шумы в сердце, одышка, отеки, ишемическая болезнь сердца (ИБС) стенокардия, нарушение сердечного ритма (аритмия, тахикардия, брадикардия и др.) сердечная <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	

недостаточность, порок сердца, ревматизм или какие-либо другие признаки заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы	
7.4. заболевания сосудистой системы: инсульт, острое или хроническое нарушение мозгового кровообращения, тромбозы, аневризмы сосудов, тромбофлебит, флеботромбоз, облитерирующий эндартериит, нарушение кровообращения, варикозное расширение вен, органическое поражение центральной нервной системы; хроническое нарушение мозгового кровообращения	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.5. заболевания эндокринной системы: гормональные нарушения, сахарный диабет, повышенное содержание сахара в крови, заболевание щитовидной железы, токсический зоб, повышенный уровень холестерина, алиментарное ожирение, нарушение обмена веществ, инсулинозависимый диабет (диабет I типа) средней (II) или тяжёлой (III) степени, или находящийся в состоянии декомпенсации, или сопровождающийся поражением других органов и систем (энтеропатия, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия, дермопатия и др.), или при наличии его поздних осложнений (микроангиопатия, инфаркт миокарда, инсульт, гангрена ног, ретинопатия, нефропатия, нейропатия и др.) и другие заболевания желез	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.6. заболевания крови и лимфатической системы: анемия (железодефицитная, гемолитическая и др.), нарушение свертываемости крови (низкий уровень тромбоцитов, гемофилия и др.), лейкомия, лимфангит, лимфоаденит, лимфедема, и др.	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.7. заболевания пищеварительной системы: желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы, заболевания печени, сопровождающиеся нарушением их функций, неспецифический язвенный колит, заболевания тонкого или толстого кишечника, язвенная болезнь желудка, язва 12-перстной кишки, хронический гастрит, хронический панкреатит, холецистит, гепатит, хроническая или хронически повторяющаяся диарея, отрыжка, изжога, боли в области живота и другие заболевания органов желудочно-кишечного тракта	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.8. заболевания мочевыделительной и половой системы: почек, осложненные почечной недостаточностью, хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, мочеточников, мочевого пузыря, половых органов, простатит, белок в моче, отеки, камни в почках, сопровождающиеся почечной недостаточностью (независимо от степени), другие нарушения со стороны почек, мочевого пузыря	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.9. заболевания бронхо-лёгочной системы: бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая пневмония, плеврит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, навязчивый кашель, затруднение дыхания, туберкулёз (активный или хронический) всех форм локализации, острые аллергические реакции и другие заболевания органов дыхания	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.10. заболевания уха, горла, носа, глаз: дефекты зрения (близорукость-более 7 диоптрий, дальнозоркость-более 7 диоптрий, патология сетчатки, катаракта, глаукома и др.), хронический отит, тонзиллит или ангина (исключаются гриппы, ОРВИ, детские инфекционные заболевания, не оставившие последствий и осложнений)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.11. заболевания нервной системы: органическое поражение центральной нервной системы, нервные или психические расстройства, мигрень, инсульт, остеохондроз, эпилепсия, потери сознания, «провалы» в памяти, параличи, судороги, рассеянный склероз, состояние депрессии, бессонница и др.	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.12. необъяснимая периодически повторяющаяся или постоянная лихорадка (высокая температура), снижение веса, заболевания кожи	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.13. заболевания, вызванные воздействием ионизирующего излучения	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.14. синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД, носительство ВИЧ) и другие заболевания, связанные с вирусом иммунодефицита человека; или парентерально, включая гепатиты В, С, D, E	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.15. алкоголизм, наркомания, токсикомания	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.16. для женщин – заболевания женских органов (молочных желёз, яичников, матки), осложнённая беременность и роды (кесарево сечение, выкидыш)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7.17. иные хронические или врождённые заболевания/состояния, не указанные в пп. 7.1. – 7.17. настоящей анкеты	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
* В случае положительного ответа на какой-либо вопрос из раздела 5 и 7 необходимо указать диагноз, дату установления диагноза, длительность лечения, медицинское учреждение, в котором Вы лечились (лечитесь), назначенные медицинские препараты:	
№	Комментарии

8. Получали ли Вы лечение препаратами крови или подвергались переливанию крови или её компонентов (плазма, эритромаасса, др.)?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату переливания:	
9. Состоите или состояли на учёте у невропатолога, психиатра или нарколога? Проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических/наркологических клиниках?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (диагноз, наименование медицинского учреждения, период времени и др.)	
10. Кто-либо из Ваших родителей, братьев, сестёр умер или страдал от: диабета, инсульта, заболеваний сердца, рака, туберкулёза или психических заболеваний?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите детали (кто именно, даты, заболевание, возраст смерти):	
11. Были ли у Вас удалены органы или части органов?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какой орган/часть органа удалён, дату удаления	
12. Были ли у Вас переломы костей?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату и характер перелома	
13. Подвергались ли Вы когда-либо радио- или химиотерапии?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (дату и причину):	
14. Находились ли Вы когда-либо в непосредственной близости от радиоактивных материалов и подвергались ли Вы облучению выше установленной нормы?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (место, период времени, дозу облучения, др.)	
15. Планируете ли Вы обратиться к врачу (кроме стоматолога, ОРВИ, гриппа) по поводу заболевания/состояния в ближайшие 12 месяцев?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (наименование заболевания/состояния):	
16. Имеется ли у вас заведённая амбулаторная карта?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то сообщите названия и адреса лечебных учреждений, где Вы проходили обследование и где хранятся Ваши медицинские документы:	
17. Когда вы в последний раз проходили медицинский осмотр (обследование)? Дата:	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Лечебное учреждение:	
Установленные диагнозы:	
17. Вопрос для женщин: Беременны ли Вы?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите срок беременности (количество недель):	
18. Вопрос для мужчин: Проходили ли Вы военную службу?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если нет, то укажите причину (в случае, если освобождение или увольнение связано с состоянием здоровья, необходимо указать диагноз):	
19. Отбываете ли Вы в настоящий момент наказание в виде лишения или ограничения свободы, ареста?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
20. Укажите место вашей работы, должность, непосредственные рабочие (трудовые) обязанности	

Продолжительность работы в занимаемой должности _____	

21. Работаете ли Вы со взрывчатыми и/или опасными веществами, радиоактивными материалами?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробнее:	
22. Работаете ли Вы сейчас или работали ранее на подземных работах, работах на буровых установках и на иных опасных или вредных производствах?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, где работали, когда и в течение какого времени:	
23. Помимо основного места работы Вы подрабатываете или заняты на работе, где существует риск возникновения несчастных случаев?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробнее:	
24. Связана ли ваша деятельность с путешествиями и переездами, командировками за границу, пребыванием в «горячих точках», местах беспорядков и забастовок, районах химического или радиоактивного заражения?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробнее:	
25. Совершаете ли Вы служебные поездки, командировки?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите количество поездок в год, их цель, маршрут, продолжительность	
26. Проходите ли Вы в настоящее время службу в вооружённых силах, заняты ли в профессиональной или непрофессиональной авиации?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробнее:	
27. Были ли у Вас несчастные случаи или ДТП (аварии, крушения, возникновение угрозы для жизни людей и др.) в течение последних 10 лет?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробнее:	
28. Имеете или используете ли Вы спортивные, гоночные автомобили, тяжёлые или лёгкие мотоциклы, моторные лодки, частные самолёты или другие воздушные суда?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробнее:	
29. Имеете ли Вы увлечения (хобби), в которых существует риск возникновения несчастного случая (плотничные работы, работы по дереву, работы с электроинструментами и др.)?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробнее:	
30. Принимаете ли Вы участие в экспедициях, экстремальном туризме, операциях по спасению и других видах деятельности, которые имеют значение при оценке возникновения риска несчастного случая?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите страну и цель, предполагаемую длительность и условия пребывания:	
31. Занимаетесь ли Вы опасными видами спорта (авто- или мотоспорт, авиационный спорт, в.т.ч. дельтапланеризм, парашютный спорт (за искл. авиамоделирования), водно-моторный спорт и дайвинг на глубину более 40м; альпинизм и скалолазание, спелеология, бокс, боевые искусства, сноубординг, спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5 категории сложности, охота, спорт с применением огнестрельного оружия, бобслей и др.)?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта, уровень подготовки, продолжительность занятий, участвуете ли в соревнованиях:	
32. Занимаетесь ли Вы спортом на любительском уровне, участвуете ли Вы в соревнованиях?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
33. Занимаетесь ли Вы спортом на профессиональном уровне, участвуете ли Вы в соревнованиях?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
34. Было ли Ваше заявление на страхование жизни или страхование от несчастных случаев когда-либо отложено на определённое время, отклонено или принято на специальных условиях?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите причину отклонения или принятия заявления на специальных условиях:	
35. Имеете ли Вы действующие полисы по страхованию жизни или страхованию от несчастных случаев?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет

Если да, то укажите, на какую страховую сумму, количество полисов, наименования страховых компаний:

Я _____
« _____ » _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____ выдан от
« _____ » _____ г., проживающий(-ая) _____ по _____ адресу:
г. _____ ул. _____

заявляю, что представленные мною ответы являются исчерпывающими и верными, и я понимаю, что сообщённая информация может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при решении вопроса о страховой выплате. Если после заключения в мою пользу договора страхования будет установлено, что эти сведения являются заведомо ложными, Страховщик вправе потребовать признания этого договора недействительным и отказать в страховой выплате.

В соответствии с требованиями законодательства РФ, в том числе Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ, Федерального закона от 07.07.2003 № 126-ФЗ «О связи», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» в целях заключения, исполнения договора страхования, расчёта страховой премии (применения льготного тарифа), продвижения товаров (работ, услуг) Страховщика на рынке, информационного взаимодействия, проверки благонадёжности, урегулирования убытка в случаях обращения за выплатой страхового возмещения (установления факта, обстоятельств, причин, причинно-следственных связей и последствий страхового события, определения характера и размера ущерба (объёма вреда) причинённого моему здоровью, а также для любых иных законных целей, свободно, в своей воле и интересе предоставляю Страховщику – АО «СК «Югория-Жизнь» (г. Москва, Береговой проезд, дом 5А, корпус 1, этаж 20, офис 20/1/1), либо его уполномоченному представителю (далее также – «Оператор»), право на обработку* (автоматизированную и неавтоматизированную), включая, но не ограничиваясь, на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение, всех предоставляемых мной или относящихся ко мне данных, всеми законными способами (в том числе, при непосредственном контакте или с помощью средств связи, смс-рассылок, рассылок по электронной почте) без ограничения срока такой обработки (бессрочно), а также на запрос и получение в любых бюро кредитных и/или страховых историй, медицинских, лечебных учреждениях, ФФОМС и его территориальных подразделениях, страховых и иных организациях, иных законных источниках получения информации (базах, реестрах, регистрах учёта), от третьих лиц, относящихся ко мне сведений, в т.ч. сведений, составляющих врачебную тайну: состоянии моего здоровья и его изменениях, о факте обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, сведений, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, как на дату подписания настоящего согласия, так и в течение предшествующих лет до момента отзыва согласия, в объёме и на условиях предусмотренных законодательством РФ для тех же целей и на тех же условиях.

О праве отзыва согласия в любое время посредством подачи письменного заявления об этом Страховщику заказным письмом с уведомлением о вручении при почтовом отправлении, либо лично под расписку уполномоченному представителю, проинформирован.

**в случае использования бланка: для дополнения или изменения содержания согласия обратитесь к сотруднику Компании.*

Обязуюсь в письменной форме уведомить Страховщика о любых изменениях сообщённых выше данных после наступления таковых по адресу _____ или в электронной форме _____, мне разъяснено, что изменение данных относится к существенным изменениям степени риска и Страховщик вправе потребовать внесения изменений в договор или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно изменению таких данных.

Предоставляю страховой компании право произвести индивидуальную оценку риска, и, если будет необходимо, предложить мне изменить условия страхования, предложить мне предоставить дополнительные данные или предложить пройти медицинское обследование.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключения договора, копию настоящей анкеты Застрахованного лица получил(а).

Застрахованное лицо*

_____/_____
Подпись _____ Ф.И.О. _____
Дата заполнения « _____ » _____ 20 ____ года

(*Представитель Застрахованного лица: в случае, если Застрахованное лицо не достигло 18 лет – отец, мать или законный опекун, в других случаях – представитель по доверенности)

Принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных Застрахованным лицом выше. Я заявляю, что представленные выше ответы являются исчерпывающими и верным, и я понимаю, что сообщённая информация может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при решении вопроса о выплате страхового возмещения.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключаемого договора.

Страхователь

_____ / _____

Подпись

Ф.И.О.

Дата заполнения

« _____ » _____ 20__ года

Финансовая анкета

Информация ниже заполняется лично лицом, принимаемым на страхование									
Ф.И.О. лица, принимаемого на страхование						Дата рождения			
Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос ниже и где необходимо предоставить подробную информацию									
1. Какова причина приобретения страхового полиса и страхового покрытия?									
2. Подавали ли вы заявление на страхование еще в какую-либо другую страховую компанию?									
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, то укажите название Компании, характер рисков и покрытие:									
3. Сколько полисов по страхованию жизни Вы имеете в настоящее время (в том числе в других страховых компаниях)? <input type="checkbox"/> Отметьте если нет									
Укажите название Страховой компании, страховую сумму, срок страхования и дату начала:									
4. Укажите размер Вашего дохода за последние три года (финансовых года) из следующих источников:									
Укажите размер Вашего среднегодового дохода _____ год _____ год _____ год									
от собственной профессиональной деятельности <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
от инвестиций <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
из других источников <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
укажите, пожалуйста, из каких источников: _____									
5. Оцените, пожалуйста, размер разницы между имеющимися у вас активами (недвижимость, средства на банковских счетах, наличные деньги и пр.) и принятыми обязательствами (непогашенными займами, кредитами и пр.)									
6. Сколько иждивенцев находится на Вашем содержании? Кем они Вам приходятся (родственная связь)?									
<i>Укажите следующую информацию, если покрытие необходимо для предоставления ссуды.</i>									
7. Предоставьте копию соглашения о выдаче ссуды и укажите:									
Причина приобретения ссуды: _____									
Сумма ссуды: _____									
Условия выплаты и срок, на который выдана ссуда: _____									
Имя кредитора _____									
Имя заемщика _____									
Является ли обязательным условием для выдачи ссуды подписание Полиса страхования жизни									
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>									
Имеете ли вы на сегодняшний день невыплаченные ссуды:									
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>									
Если да, укажите, суммы невыплаченной ссуды _____									
<i>Укажите следующую информацию, если вы являетесь частным предпринимателем.</i>									
8. Укажите:									
В чем заключается ваш бизнес и где (на какой территории) вы его осуществляете:									
Укажите продолжительность вашей работы в этом бизнесе:									
Сколько людей на вас работает: -полный рабочий день: _____									
-неполный рабочий день: _____									
-сезонно: _____									
Укажите какой оборот, полную прибыль и чистую прибыль вашего предприятия за последние три года (по годам):									
	годовой оборот	полная прибыль	чистая прибыль						
_____ год	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
_____ год	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
_____ год	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
ЗАЯВЛЕНИЕ									
Застрахованный подтверждает, что все утверждения в этом документе являются правдивыми и полными.									
Застрахованный согласен, что утверждения, сделанные в этом заявлении, в дальнейшем будут являться основой для подписания Договора страхования (Полис) между Страховщиком и Страхователем. Если какое-либо заявление не будет правдивым или любая информация, которая может воздействовать на оценку или принятие риска, будет скрыта, Страховщик имеет право признать Договор страхования недействительным.									

Дата	Место
20 г.	
Подпись лица, принимаемого на страхование (Застрахованного)	Ф.И.О. сотрудника (агента)
	№ агентского договора



Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского страхования № 27

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«Страховая компания «ЮГОРИЯ-ЖИЗНЬ»

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

<input type="checkbox"/> Клиент <input type="checkbox"/> Выгодоприобретатель	<input type="checkbox"/> Представитель клиента <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)	
Документ, подтверждающий право на пребывание в Российской Федерации иностранного гражданина	
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 type="checkbox"/> Да, являюсь ПДЛ <input type="checkbox"/> Нет, не являюсь ПДЛ	

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,

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 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

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, включённые в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.



**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«Страховая компания «ЮГОРИЯ-ЖИЗНЬ»**

**Анкета (досье) клиента,
являющегося юридическим лицом**

<input type="checkbox"/> Клиент	<input type="checkbox"/> Представитель клиента
Наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (полное и (или) сокращенное) (при наличии)	
Организационно-правовая форма	
Идентификационный номер налогоплательщика - для резидента, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, присвоенный до 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, либо идентификационный номер налогоплательщика, присвоенный после 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, - для нерезидента	
Сведения о государственной регистрации: - основной государственный регистрационный номер - для резидента; - номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента; - место государственной регистрации (местонахождение)	
Адрес юридического лица	
Дополнительные сведения (документы), получаемые в целях идентификации клиентов – юридических лиц	
Сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица (при наличии)	
Номера телефонов и факсов (при наличии)	
Иная контактная информация (при наличии)	
Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях)	
Сведения (документы) о финансовом положении (сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в Организацию) (Да/Нет)	
Сведения о деловой репутации - отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о клиенте других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; (Да/Нет) - отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых	

<p>организаций, в которых клиент находится (находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации клиента) (Да/Нет)</p> <p>В случае отсутствия возможности получения сведений в виде документов, перечисленных выше:</p> <p>- сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в Организацию (Да/Нет)</p>	
Сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента	
Код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии)	
Сведения об имеющихся лицензиях на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности	
Доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием которых юридическим лицом оказываются услуги (при наличии)	
Банковский идентификационный код – для кредитных организаций-резидентов	
<p>Сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя клиента:</p> <p>Фамилия, имя и отчество (при наличии) или Полное наименование юридического лица</p> <p>Наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя клиента</p>	
<p>Информация и (или) сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах), представленные клиентом (представителем клиента):</p> <p>Фамилия, имя и отчество (при наличии)</p>	

Должность

(подпись)

расшифровка подписи

М.П.

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
для Правил добровольного медицинского страхования №27

Риск	<i>tb</i> , %
Лечение Травмы	5

Всего прошнуровано, пронумеровано,
скреплено печатью

39 листов

Подпись:

(А.В. Захаров)

Дата:

10 декабря 2021 г.

