

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 476
от «11» июля 2023 г.
Генеральный директор
АО «СК «Ю-Лайф»



А.В. Захаров

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 39
(редакция 2)**

Оглавление

1.	Общие положения. Определения	3
2.	Субъекты и объекты страхования	8
3.	Страховые риски. Страховые случаи.....	8
4.	Общие исключения из страхового покрытия	10
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 определения размера страховых выплат. Порядок и срок осуществления страховых выплат. Порядок предоставления медицинских услуг	16
8.	Права и обязанности Страховщика и Страхователя	22
9.	Конфиденциальная информация.....	23
10.	Форс-мажор	24
11.	Порядок рассмотрения споров	25
12.	Заключительные положения	25
	Приложение № 1	26

1. Общие положения. Определения

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования № 39 (именуемые в дальнейшем «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования Акционерным обществом «Страховая компания «Ю-Лайф» (именуемым в дальнейшем «Страховщик»), созданным в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию и получившим лицензию в установленном законом порядке.

1.2. Основные термины, используемые в Правилах страхования:

1.2.1. **Авиационное происшествие** — событие, связанное с использованием воздушного судна, которое имело место с момента, когда Застрахованное лицо вступило на борт воздушного судна с намерением совершить полет в качестве пассажира или члена экипажа, до момента, когда все лица, находившиеся на борту с целью совершения полёта, покинули воздушное судно, и в ходе которого Застрахованное лицо получает телесное повреждение со смертельным исходом в результате нахождения в данном воздушном судне.

1.2.2. **Авиационный спорт** — один из видов технического спорта; учебно- тренировочные занятия и соревнования на летательных аппаратах в выполнении фигур высшего пилотажа, а также в скорости, дальности, высоте, скороподъёмности, грузоподъёмности и продолжительности полёта. Различают самолётный спорт, вертолётный спорт, планёрный спорт, парашютный спорт, дельтапланерный спорт и авиамodelьный спорт.

1.2.3. **Автомобильный спорт, автоспорт** — категория технических видов спорта, в которых люди соревнуются в скорости прохождения трассы на автомобилях (прототип, легковой автомобиль, грузовик, внедорожник и т. д.).

1.2.4. **Беспрерывное продление Договора страхования** — перезаключение Договора страхования с момента окончания срока его действия на следующий срок на аналогичных или иных условиях.

1.2.5. **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 произведённых в период срока страхования.

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

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если 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.

1.2.7. **Врач** — специалист, на законных основаниях допущенный к осуществлению медицинской практики.

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

1.2.9. **Госпитализация** — помещение больного в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, необходимость которого была вызвана диагностированным заболеванием/состоянием Застрахованного лица.

1.2.10. **Декларация Застрахованного лица** — сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, его образе жизни и профессиональных занятиях, а также разрешения и согласия на операции с персональными данными и ознакомление с условиями страхования, письменно подтверждённые перед оформлением Договора, являющиеся основой для Страховщика для принятия на страхование.

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

1.2.12. **Дорожно-транспортное происшествие (ДТП)** — событие, возникшее в процессе движения по дороге механического транспортного средства (а именно, автомобиля, автобуса,

троллейбуса, трамвая, маршрутного такси) и с его участием, при котором произошёл несчастный случай с Застрахованным лицом.

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

1.2.14. **Инвалидность** – установленная органом медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма Застрахованного лица, обусловленное телесным повреждением (травмой) в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, и/или болезнью (заболеванием), развившейся и диагностированной в тот же период, сопровождающаяся утратой общей трудоспособности, ограничением жизнедеятельности и необходимостью в социальной защите.

Инвалидность определённой группы (I, II или III) устанавливается органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, а также степени ограничения жизнедеятельности.

1.2.15. **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.

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

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

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

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

1.2.20. **Несчастный случай** – произошедшее в период действия Договора страхования внезапное непредвиденное физическое воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических и т.д.) на организм Застрахованного лица, произошедшее помимо воли Застрахованного лица, и приведшее к телесным повреждениям, нарушениям физиологических функций организма Застрахованного лица или его смерти. К несчастным случаям (внешним событиям), например, относятся нападение злоумышленников или животных (в том числе насекомых, пресмыкающихся и других животных), падение какого-либо предмета на Застрахованное лицо, падение самого Застрахованного лица, внезапное удушье, случайное острое отравление вредными продуктами или веществами (исключая пищевое отравление), травмы, полученные при движении средств транспорта или при их аварии, при пользовании машинами, механизмами, орудиями производства и всякого рода инструментами, и другие. Также к несчастным случаям

(внешним событиям) относится воздействие внешних факторов: взрыв, ожог, обморожение, утопление, действие электрического тока, удар молнии, солнечный удар и другие внешние воздействия.

Не являются несчастным случаем, в рамках Правил, 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, врождённые аномалии органов.

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

1.2.22. Период ожидания — период времени, начиная с 00:00 часов первого дня действия Договора страхования, в течение которого любое заболевание, которое впервые было диагностировано в течение данного периода, или о котором в течение данного периода впервые стало известно Застрахованному лицу, либо в течение которого появились иные обстоятельства/состояния, предусмотренных Программой страхования, на условиях которой был заключен Договор страхования, повлекшее/повлекшие обращение Застрахованного лица к Страховщику за организацией Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в период действия Договора страхования, не будут являться страховым случаем.

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

1.2.23. Предшествовавшее состояние — любое нарушение здоровья, травма, увечье, врождённая или приобретённая патология, хроническое или острое заболевание, перечисленное в Декларации-согласии 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, а также в течение периода ожидания, задокументированное в медицинских материалах.

1.2.24. 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.

1.2.25. 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.

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

1.2.27. Случайное острое отравление - это резко развивающиеся болезненные изменения и защитные реакции организма Застрахованного лица, вызванные одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами.

Инфекционные болезни, в том числе сопровождающиеся интоксикацией (сальмонеллёз, дизентерия и др.), к случайным острым отравлениям не относятся.

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

самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным лицом любого лечения, проведённые операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.

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

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

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

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

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

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

1.2.35. **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 организовать, в том числе оплатить, предоставление Медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, Застрахованному лицу при условии, что Страховщику предоставлены документы, которые подтверждают наступление такого события.

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

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

1.2.38. **Телесное повреждение** – это травма и/или случайное острое отравление, полученные Застрахованным лицом в период действия Договора страхования в результате несчастного случая.

1.2.39. **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.

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

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

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

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

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

1.2.45. **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.

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

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

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

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

обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации, так и без их использования.

Данное согласие распространяется на все ПДн, содержащиеся в Договоре страхования, а также иных документах, предоставленных Страховщику в целях заключения и(или) исполнения Договора страхования, в том числе данные о состоянии здоровья, сведения, предоставленные в связи с наступлением страхового случая, включая сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011, а также данные, которые были устно переданы Страховщику. Страховщик обрабатывает ПДн с целью оформления договора страхования и оказания услуг по договору страхования.

Согласие на обработку ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, а также в течение срока, установленного законодательством и (или) номенклатурой дел оператора, после его прекращения. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

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

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

2. Субъекты и объекты страхования

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

2.2. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или его состояния, требующих организации и оказания таких услуг в объёме и на условиях программы страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования.

3. Страховые риски. Страховые случаи

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

3.2. Страховым случаем является предусмотренное Договором страхования свершившееся событие из числа указанных в пунктах 3.2.1. — 3.2.4., Правил страхования, подтверждённое в установленном Правилами страхования порядке документами, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в Разделе 4. Правил страхования).

3.2.1. По страховому риску «Диагностирование Смертельно опасных заболеваний» (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — «**Лечение СОЗ**»), в контексте настоящих Правил страхования понимается возникновение обстоятельств (заболеваний, состояний), предусмотренных Договором страхования и приложенной к нему Программой страхования, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному лицу в объёме, предусмотренном Программой страхования, при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, повлекшее обращение Застрахованного лица к Страховщику за организацией Медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в период действия Договора. При этом заболевание/состояние, требующее организации Медицинских и иных услуг, в том числе хирургического вмешательства и/или трансплантации, должно быть впервые диагностировано и проведение хирургического вмешательства и/или трансплантации должны быть впервые назначены в течение срока страхования после окончания периода ожидания, а в случае продления Договора страхования в отношении данного риска — с первого дня очередного срока действия Договора страхования.

Особенности страхования по настоящему страховому риску приводятся в Программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования.

3.2.2. По страховому риску «Любая плановая хирургическая операция, потребность в которой возникла после несчастного случая» (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Хирургия НС»**), в контексте настоящих Правил страхования понимается возникновение обстоятельств, предусмотренных Договором страхования и приложенной к нему Программой страхования, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному лицу, а именно: проведение любой плановой хирургической операции в связи с заболеванием и/или состоянием, которое является следствием несчастного случая, произошедшего с Застрахованным впервые в течение периода страхования; проведение инвазивной стационарной операции, выполняемой в условиях стационара сертифицированным хирургом, с проникновением в ткани для лечения заболевания и/или раны и/или восстановления дефицита или деформации в организме Застрахованного. При этом заболевание/состояние, требующее организации Медицинских и иных услуг, в том числе хирургического вмешательства, должно быть впервые диагностировано и проведение хирургического вмешательства должны быть впервые назначены в течение срока страхования после окончания периода ожидания, а в случае продления Договора страхования в отношении данного риска – с первого дня очередного срока действия Договора страхования.

Особенности страхования по настоящему страховому риску приводятся в Программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования.

3.2.3. По страховому риску «Любой вид медицинской реабилитации состояний или заболеваний, вызванных несчастным случаем» (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Реабилитация НС»**), в контексте настоящих Правил страхования понимается возникновение обстоятельств, предусмотренных Договором страхования и приложенной к нему Программой страхования, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному лицу, а именно: любой вид медицинской реабилитации состояний или заболеваний, вызванных несчастным случаем, включающий проживание в палате реабилитационного центра, включая питание, сестринский уход, медицинские осмотры, реабилитационное сопровождение и физиотерапевтическое лечение, профессиональную реабилитацию, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению реабилитолога. Дополнительные медицинские обследования, назначенные по усмотрению реабилитолога, включая обследования с использованием методов визуальной диагностики, ЭКГ, ЭЭГ. Лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации или для предотвращения воздействия фоновых заболеваний на результаты реабилитационных мероприятий. Итоговый отчет по результатам реабилитационной программы, а также последующее наблюдение, при необходимости. При этом заболевание/состояние, требующее организации Медицинских и иных услуг, должно быть впервые диагностировано в течение срока страхования после окончания периода ожидания, а в случае продления Договора страхования в отношении данного риска – с первого дня очередного срока действия Договора страхования.

Особенности страхования по настоящему страховому риску приводятся в Программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования.

3.2.4. По страховому риску «Медицинский уход на дому в случае инвалидности I, II группы в результате несчастного случая, при наличии III степени ограничения следующих категорий жизнедеятельности: способность ухаживать за собой, самостоятельно передвигаться, ориентироваться» (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Уход на дому НС»**), в контексте настоящих Правил страхования понимается возникновение обстоятельств, предусмотренных Договором страхования и приложенной к нему Программой страхования, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному лицу, а именно: медицинский уход на дому, в случае присвоения I, II группы инвалидности в результате несчастного случая по III степени ограничения жизнедеятельности Застрахованному; ежедневный уход за Застрахованным, для оказания ему помощи в осуществлении основной повседневной деятельности, которую он не может осуществлять самостоятельно. Уход выполняется средним или младшим медицинским персоналом, профессиональными сиделками. Организуется в случае ухудшения здоровья вызванного физической травмой, полученной Застрахованным под воздействием исключительно физической силы, в результате неожиданного, непредвиденного, однократного события, вызванного внешним видимым объектом, который

независимо от каких-либо других обстоятельств является единственной и непосредственной причиной травмы.

Особенности страхования по настоящему страховому риску приводятся в Программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования.

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

3.4. События, предусмотренные в пунктах 3.2.1. — 3.2.4. настоящих Правил, могут быть признаны страховыми случаями, если они подтверждены документами в соответствии с положениями, предусмотренными разделом 7. Правил.

4. Общие исключения из страхового покрытия

4.1. События, предусмотренные в пунктах 3.2.1. — 3.2.4. Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли в результате событий (обстоятельств), прямо оговоренных в программе страхования, являющейся приложением и неотъемлемой частью Договора страхования, но в пределах закрытого перечня, указанного в Программе страхования приложенной к настоящим Правилам страхования форме Договора страхования.

5. Порядок заключения и оформления Договора страхования

5.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы Договора страхования влечёт недействительность Договора страхования. Договор страхования заключается путём составления одного документа, подписанного Сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его устного заявления полиса, подписанного Страховщиком.

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

5.3. При подписании Договора (полиса) страхования, соглашений о внесении изменений в Договор страхования (полис) Страховщик может использовать аналог собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналог печати Страховщика. Под аналогом подписи и печати понимается их факсимильное воспроизведение, выполненное при помощи программного обеспечения.

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

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

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

5.4.1.1. С использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", если страховая премия по Договору страхования за весь срок страхования не превышает 40 000 (сорок тысяч) рублей либо сумму в иностранной валюте, эквивалентную 40 000 (сорок тысяч) рублей (за исключением случая, когда у Страховщика возникают подозрения, что заключение Договора страхования осуществляется в целях легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путём, или финансированию терроризма);

5.4.1.2. С использованием личного кабинета «Ю-онлайн», размещённого на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", если Страхователь является действующим клиентом Страховщика на момент заключения Договора страхования и Страховщиком проведена идентификация Страхователя в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом от 07.08.2001 №115-ФЗ "О противодействии легализации

(отмыванию) доходов, полученных преступным путём, и финансированию терроризма» (за исключением случая, когда у Страховщика возникают сомнения в достоверности представленных ранее идентификационных сведений Страхователем).

5.4.2. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, заключается посредством направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции) или размещения в личном кабинете «Ю-онлайн» страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ "Об электронной подписи". Договор считается заключённым Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым своё согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

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

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

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

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

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

5.7.1. документы, удостоверяющие личность;

5.7.2. документы, удостоверяющие гражданство;

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

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

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

5.7.6. заявление на страхование от Застрахованного лица (по требованию Страховщика);

5.7.7. документы и сведения, получение которых связано с требованиями законодательства РФ, в том числе, в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения, документы, получаемые в целях идентификации лица, на которое распространяется законодательство иностранных государств о налогообложении иностранных счетов, в том числе, включая, но не ограничиваясь: идентификационный номер налогоплательщика лица, являющегося резидентом иностранного государства (TIN) - при наличии последнего, сведения о том, является ли Страхователь налоговым резидентом иностранного государства), а также документы и сведения, получение которых необходимо с выполнением иных требований, установленных законодательством;

5.7.8. идентификационный номер налогоплательщика (далее — ИНН);

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

5.7.10. анкету (досье) клиента и Выгодоприобретателя, являющихся физическими лицами (Приложение № 1 к Правилам) для клиента, Выгодоприобретателя и бенефициарного владельца.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.10. Стороны вправе договориться о включении в Договор изменений, исключений отдельных положений Правил или о дополнении к ним. Все относящиеся к Договору анкеты,

изменения, соглашения и дополнения, надлежащим образом оформленные Сторонами, а также настоящие Правила, являются неотъемлемой частью Договора.

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

5.12. Все изменения к Договору осуществляются на основании двустороннего соглашения сторон и оформляются в виде Дополнительного соглашения к Договору или в одностороннем порядке путём отправки Страховщиком и(или) Страхователем уведомления о внесении изменений в Договор в случаях, предусмотренных Правилами страхования, а также законодательством, если характер таких изменений позволяет осуществлять их в одностороннем порядке и не противоречит законодательству. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой и(или) усиленной неквалифицированной электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ "Об электронной подписи", признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица. Перечень документов и(или) информации и виды электронной подписи, которым могут быть подписаны предоставляемая Страховщику информация и(или) документы, указывается на официальном сайте Страховщика.

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

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

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

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

5.15. Договор прекращается в случаях:

5.15.1. истечения срока действия Договора;

5.15.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объёме;

5.15.3. смерти Застрахованного лица;

5.15.4. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

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

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

5.15.7. по соглашению Сторон;

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

5.15.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.23. Правила страхования являются Приложением к Договору страхования, как его неотъемлемая часть. Договором страхования может быть предусмотрено, что Правила страхования подлежат размещению на сайте Страховщика в сети «Интернет» и содержать ссылку на адрес размещения Правил либо Страхователь должен быть проинформирован об условиях Правил путём направления файла, содержащего текст правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путём вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещён файл, содержащий текст данного документа.

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

- 6.1. Страховой суммой является денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 6.2. При заключении группового/коллективного Договора страхования стороны устанавливают страховую сумму в отношении каждого Застрахованного лица отдельно. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, общая страховая сумма по Договору определяется путём сложения страховых сумм по всем Застрахованным лицам.
- 6.3. Страховая сумма или способ её определения устанавливается в Договоре страхования по соглашению между Страховщиком и Страхователем.
- 6.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в течение срока действия Договора страхования страховая сумма является постоянной.
- 6.5. Страховщик вправе установить минимальный и максимальный размер страховой суммы, в пределах которых может быть установлена страховая сумма в Договоре страхования, и вправе отказать Страхователю в заключении или изменении условий Договора, если после запрошенного изменения страховая сумма в Договоре страхования окажется ниже минимально установленной или выше максимальной страховой суммы, установленной Страховщиком.
- 6.6. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, – в иностранной валюте.
- 6.7. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, при «страховании в эквиваленте» страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте, рассчитанной по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования. Договором страхования может быть установлен иной курс иностранной валюты и/или иная дата его определения.
- 6.8. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком. Страховая премия рассчитывается исходя из тарифной ставки, страховой суммы и срока страхования с учётом порядка оплаты страховой премии. Страховщик устанавливает тарифные ставки на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных Страховщиком, с применением повышающих и понижающих коэффициентов, учитывающих возможные факторы риска, результаты проведённой им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении Договора страхования, информации, самостоятельно полученной Страховщиком, заключений экспертов, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в Договор страхования.
- 6.9. Страховая премия уплачивается в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.10. При «страховании в эквиваленте» страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчёту, если Договором страхования не установлен иной курс иностранной валюты и/или иная дата его определения.
- 6.11. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок страхования или в рассрочку страховыми взносами в соответствии с условиями, установленными Договором страхования.
- 6.12. Если иное не предусмотрено Договором, то срок уплаты страховых взносов в рассрочку устанавливается равным сроку страхования.
- 6.13. Страховая премия или первый страховой взнос должны быть оплачены в сроки, установленные Договором страхования.
- 6.14. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхование, обусловленное Договором страхования (страховое покрытие), распространяется только на события, произошедшие после вступления в силу Договора страхования.
- 6.15. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днём оплаты страховой премии считается:
- 6.15.1. при оплате наличными денежными средствами – дата оплаты премии наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;
- 6.15.2. при безналичной оплате – дата списания денежных средств со счёта Страхователя.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.11. Организация оказания медицинских и иных услуг в соответствии с условиями настоящих Правил осуществляется Страховщиком при условии, что страховая премия (страховые взносы) уплачивалась Страхователем в размере и в сроки, которые установлены Договором.

7.11.1. По страховому риску «Лечение СОЗ» в случае признания Страховщиком случая страховым, согласно данным Правилам, условиям Договора страхования и Программе страхования, Сервисная компания в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному лицу информацию о минимум 3 (трёх) лечебных учреждениях для прохождения соответствующего лечения и/или проведения ему соответствующей операции, в соответствии с п. 3.2.1. Правил страхования и указанной в Договоре страхования Программой страхования.

7.11.2. По страховому риску «Хирургия НС» в случае признания Страховщиком случая страховым, согласно данным Правилам, условиям Договора страхования и Программе страхования, Сервисная компания в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному лицу информацию о минимум 3 (трёх) лечебных учреждениях для проведения ему соответствующей операции, в соответствии с п. 3.2.2. Правил страхования и указанной в Договоре страхования Программой страхования.

7.11.3. По страховому риску «Реабилитация НС» в случае признания Страховщиком случая страховым, согласно данным Правилам, условиям Договора страхования и Программе страхования, Сервисная компания в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному лицу информацию о минимум 3 (трёх) лечебных учреждениях для проведения медицинской реабилитации, в соответствии с п. 3.2.3. Правил страхования и указанной в Договоре страхования Программой страхования.

7.11.4. По страховому риску «Уход на дому НС» в случае признания Страховщиком случая страховым, согласно данным Правилам, условиям Договора страхования и Программе страхования, Сервисная компания в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному лицу информацию о минимум 3 (трёх) лечебных учреждениях для проведения медицинского осмотра, в соответствии с п. 3.2.4. Правил страхования и указанной в Договоре страхования Программой страхования.

7.11.5. Получив заключение Страховщика о признании случая страховым и предложение Сервисной Компании, Застрахованное лицо имеет право выбрать одно из предложенных ему лечебных учреждений либо отказаться от лечения/проведения операции/проведения медицинского осмотра/проведения медицинской реабилитации или предложенных ему лечебных учреждений.

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

7.11.7. Сервисная компания обеспечивает Застрахованному лицу доступ к соответствующему лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранном лечебном учреждении, согласно диагностированному критическому (смертельно опасному) заболеванию или заболеванию/состоянию возникшему в результате несчастного случая и/или назначенному хирургическому вмешательству в соответствии с пунктами 3.2.1. – 3.2.4. Правил страхования и указанной в Договоре страхования Программой страхования. Медицинские и Медико-сервисные услуги, оказываемые в иных лечебных учреждениях, помимо согласованных, не покрываются страхованием.

7.12. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчёте суммы страховой выплаты, которая должна включать:

- 7.12.1. страховую сумму (её часть), подлежащую выплате;
- 7.12.2. порядок расчёта страховой выплаты;
- 7.12.3. исчерпывающий перечень норм права и (или) условий Договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведён расчёт.

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

7.14. Для получения страховой выплаты Страховщику, если иное не предусмотрено Договором страхования, должны быть представлены следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая по рискам: «Лечение СОЗ», «Хирургия НС», «Реабилитация НС», «Уход на дому НС»:

7.14.1. Вне зависимости от причины наступления страхового случая для признания Страховщиком случая страховым и получения страховой выплаты в форме организации оплаты лечения Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь), после диагностирования Застрахованному лицу заболевания/получения рекомендации по поводу

проведения хирургического вмешательства/после госпитализации в связи с лечением заболевания/проведения хирургической операции, должен предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, если Договором не установлен сокращённый перечень документов:

7.14.1.1. письменное заявление Застрахованного лица с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлёкших за собой установления диагноза;

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

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

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

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

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

7.14.1.7. по требованию Страховой/Сервисной компании Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь) может предоставить сканированные копии вышеуказанных документов (где это применимо).

7.15. В дополнение к документам, перечисленным выше в п. 7.14, в зависимости от причины наступления страхового случая, предоставляются медицинские или иные документы, раскрывающие обстоятельства произошедшего события:

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

7.15.2. эпикризы из лечебных учреждений;

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

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

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

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

7.15.7. сопроводительный лист скорой медицинской помощи;

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

7.15.9. оригинал или нотариально заверенная копия справки Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении группы инвалидности;

7.15.10. копия направления на МСЭ, заверенная руководителем Бюро МСЭ и печатью Бюро МСЭ и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии);

7.15.11. копия Акта освидетельствования МСЭ, заверенная руководителем Бюро МСЭ и печатью Бюро МСЭ и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии);

7.15.12. копия Протокола проведения МСЭ, заверенная руководителем Бюро МСЭ и печатью Бюро МСЭ и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии);

7.15.13. документы компетентных органов, проводивших расследование обстоятельств наступления события:

7.15.14. постановления (определения) следственных органов;

7.15.15. решение (определение) или приговор суда;

7.15.16. иные документы, необходимые для признания случая страховым;

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

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

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

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

7.15.21. анкета лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты. Идентификация указанных лиц проводится Страховщиком для соблюдения требований к идентификации получателей страховых услуг и их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения (Приложение № 1 к Правилам).

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

7.15.22.1. копия медицинской карты Застрахованного лица;

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

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

7.15.22.4. копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

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

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

Страхователем (Застрахованным лицом) с использованием единой системы идентификации и аутентификации либо в ином порядке, установленном Страховщиком.

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

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

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

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

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

7.22. Страховщик имеет право приостановить рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, если Страхователь (Выгодоприобретатель) имел возможность, но не предоставил Страховщику документы и информацию, необходимые для оценки причин страхового события, или предоставил недостоверную информацию. В дальнейшем Страховщик возобновляет рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, с момента получения всех необходимых документов.

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

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

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

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

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

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

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

8. Права и обязанности Страховщика и Страхователя

8.1. Страховщик обязан:

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

8.1.2. рассмотреть вопрос о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты или отказе в выплате в соответствии с разделом 4 Правил страхования, а также иными условиями Правил страхования и/или положениями Договора страхования. При признании наступившего события страховым случаем Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с Правилами страхования и условиями Договора страхования;

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

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

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

8.2. Страховщик имеет право:

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

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

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

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

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

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

8.2.7. не исполнять условия Договора страхования, связанные с организацией оказания медицинских и сервисных услуг в связи с наступлением страхового случая при непредставлении

Страхователем документов и сведений, необходимых Страховщику в целях реализации требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.2.8. требовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставления документов и сведений, необходимых для осуществления функций, предусмотренных действующими нормативными требованиями в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

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

8.3. Страхователь обязан:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.4. Страхователь имеет право:

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

8.4.2. досрочно расторгнуть Договор;

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

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

9. Конфиденциальная информация

9.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

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

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

9.1.3. о персональных данных Застрахованного лица специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного лица, о заболеваниях Застрахованного лица, а также о случаях

его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

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

9.3. Страховщик во исполнение своих обязательств по Договору осуществляет передачу персональных данных Обработчикам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору.

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

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

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

9.7. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованного (-ых) лиц согласие на обработку Страховщиком и Обработчиками Страховщика его (их) персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объёме, необходимом Страховщику в целях, оформления договора страхования и оказания услуг по договору страхования.

9.8. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику доказательства получения согласий Застрахованных лиц.

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

10. Форс-мажор

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

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

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

11. Порядок рассмотрения споров

11.1. Споры, возникающие между Страховщиком и Страхователем, подлежат разрешению судом (в соответствии с установленными законодательством правилами о подсудности) или Финансовым уполномоченным.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Заключительные положения

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

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

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

☐ Клиент ☐ Выгодоприобретатель	☐ Представитель клиента ☐ Бенефициарный владелец
Фамилия, имя и отчество (при наличии последнего)	
Дата рождения	
Гражданство	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (если имеется) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ (при наличии кода подразделения может не устанавливаться), и код подразделения (при наличии)	
Данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (данные миграционной карты в случае отсутствия иных документов): серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания)	
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания	
Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии)	
Номера телефонов и факсов (при наличии)	
Иная контактная информация (при наличии)	
Является / Не является лицом, указанным в пп. 1 п. 1 статьи 7.3. Федерального закона 115-ФЗ (публичным должностным лицом ¹)	
☐ Да, являюсь ПДЛ ☐ Нет, не являюсь ПДЛ	
Заполняется при наличии отметки «Да, являюсь ПДЛ»	
Должность клиента, указанного в пп. 1 п. 1 статьи 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 статьи 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹ . ☐ Да, являюсь родственником ПДЛ ☐ Нет, не являюсь родственником ПДЛ Степень родства либо статус клиента _____	

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

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 статьи 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹	
Дополнительные сведения (документы), получаемые в целях идентификации клиентов – физических лиц	
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 оформления анкеты