



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 62
от «06» августа 2018 г.
Генеральный директор
АО «ГСК «Югория-Жизнь»



А.А. Мхитарян

**КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ №1**

г. Ханты-Мансийск
2018

1. Общие положения. Определения.

1.1. Настоящие Комбинированные правила добровольного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней № 1 (именуемые в дальнейшем «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила определяют общие условия и порядок осуществления личного страхования Акционерным обществом «Государственная страховая компания «Югория-Жизнь» (именуемым в дальнейшем «Страховщик»), созданным в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию и получившим лицензию в установленном законом порядке.

1.2. В рамках настоящих Правил используются следующие определения:

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

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

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

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

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

1.2.6. **Срок страхования** (страхование, обусловленное Договором страхования, период действия страхового покрытия) - период времени, который начинается после окончания периода ожидания и заканчивается в момент окончания срока действия договора страхования.

Это срок, определяемый Договором, 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.

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

1.2.8. **Страховая сумма** – определенная сторонами в договоре страхования денежная сумма, исходя из которой определяются размеры страховой премии и в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату. При этом страховая сумма по договору страхования уменьшается на сумму ранее осуществленных по ней страховых выплат. Договором страхования могут быть установлены лимиты на стоимость оказания определенных услуг в пределах страховой суммы.

1.2.9. **Льготный период** - устанавливаемый в соответствии с Правилами срок, в течение которого Договор страхования продолжает действовать при нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате страховых взносов.

1.2.10. **Период охлаждения** – период времени, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечет за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения и возврат премии на условиях, предусмотренных законодательством и настоящими Правилами. Длительность периода охлаждения устанавливается в Договоре страхования, при этом течение периода охлаждения начинается со дня заключения Договора страхования и составляет не менее 14 (четырнадцати) календарных дней.

1.2.11. **Период ожидания** – период времени, начиная с 00:00 часов 1-го дня начала действия договора страхования, в течение которого любое заболевание, которое было диагностировано, или первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах и в связи с которым

произошло любое событие медицинского характера, не будет являться основанием для признания случая страховым. Период ожидания не применяется в отношении Договора страхования, который был заключен посредством непрерывного продления предыдущего Договора. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования.

1.2.12. Событие медицинского характера - проведение Застрахованному 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, выявленные заболевания, обращение застрахованного в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным любого лечения, проведенные операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.

1.2.13. Несчастный случай (внешнее событие) - произошедшее в период действия договора страхования внезапное физическое воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических и т.д.) на организм Застрахованного, произошедшее помимо воли Застрахованного и приведшее к телесным повреждениям, нарушениям физиологических функций организма Застрахованного 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 Застрахованного, падение самого Застрахованного, внезапное удушье, внезапное отравление вредными продуктами или веществами (искл. 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, врожденные аномалии органов.

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

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

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

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

1.2.17. Ассистанс - вид деятельности Сервисной организации в области предоставления Застрахованному широкого спектра медицинских, технических, информационных услуг и организации его лечения.

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

1.2.19. 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 Полисе\Договоре с Застрахованным лицом. Услуга предоставляется Сервисной организацией.

1.2.20. Диагностирование — Комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание патологических состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний.

1.2.21. Госпитализация – помещение больного в течение срока страхования для проведения лечения (в связи с лечением критического заболевания из числа указанных в Договоре страхования, впервые диагностированного в течение срока страхования) в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования критическим заболеванием и согласованный Сервисной компанией/Страховщиком.

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

1.2.22. Декларация (Гарантии и Заверения) Страхователя /Застрахованного лица – декларация, подписанная Застрахованным перед оформлением Договора в отношении состояния здоровья заявляемых на страхование лиц, являющаяся основой для Страховщика для принятия на страхование заявленных лиц.

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

1.2.24. Лекарственные препараты – любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного 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.

1.2.25. Лимит страховой суммы за весь срок страхования Застрахованного по Договору страхования - размер страховой суммы, который составляет максимально возможный размер страховой выплаты за весь срок страхования Застрахованного, включая все очередные сроки страхования в случае продления договора страхования.

1.2.26. «Медицинский консьерж-сервис» - услуга, включающая все мероприятия по организации лечения Застрахованного лица в связи с подтвержденным страховым случаем. Услуга предусматривает общий контроль ведения дела Застрахованного лица и помощь в организации проезда и проживания для Застрахованного лица, и его сопровождающего.

1.2.27. 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.

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

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

1.2.30. **Аорто-коронарное шунтирование** — Оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии одной или более коронарных артерий, путем создания шунта между аортой и коронарными артериями.

1.2.31. **Трансплантация** — Операция по замещению тканей или органов Застрахованного взятыми из другого организма или созданными искусственно тканями или органами.

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

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

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

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

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

1.2.36. **Проживание Застрахованного** — пребывание Застрахованного 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.

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

1.2.38. **Бесперывное продление Договора страхования** – перезаключение договора страхования с момента окончания срока его действия на следующий срок на аналогичных или иных условиях, осуществляемое посредством выдачи нового Договора/Полиса в соответствии с п. 5.16 настоящих Правил страхования.

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

1.2.41. **Услуги по репатриации** – услуги, связанные с транспортировкой останков Застрахованного (либо донора) к месту, где ранее (до своей смерти) постоянно проживал Застрахованный (либо донор) в связи со смертью Застрахованного лица и(или) донора, произошедшей в процессе проведения лечения по одному из указанных в п.3.2 заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.

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

1.2.43. **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.

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

1.3. На страхование не принимаются:

1.3.1. В случае первичного заключения Договора страхования лица старше 64 (шестьдесят четырех) полных лет на момент его заключения. Договор с указанными лицами может быть заключен только в случае, если он заключается посредством непрерывного продления ранее действовавшего Договора страхования, заключенного до достижения данным лицом возраста 65 лет и при условии, что до достижения этого возраста срок непрерывного продления Договора составлял не менее 5 лет.

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

1.3.2. При непрерывном продлении Договора страхования договор не перезаключается с лицом, чей возраст на момент окончания срока действия договора страхования будет более 85 (восемидесяти пяти) полных лет.

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

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

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

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

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

1.4. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику о Застрахованном заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в Договоре в Декларации (Гарантии и Заверения) Страхователя/Застрахованного лица (Приложения №1-2) к настоящим Правилам), Анкете Застрахованного лица или будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее в одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику/скрыл обстоятельства, перечисленные в пп.1.3.2-1.3.5; 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, Страхователь и Застрахованное лицо подтверждают свое согласие с тем, что Страховщик и действующие по его поручению Обработчики могут осуществлять следующие операции с персональными данными Страхователя и Застрахованного лица (далее – «ПДн»): сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации, так и без их использования, в том числе, дают согласие на трансграничную передачу персональных данных.

Данное согласие распространяется на все ПДн, содержащиеся в Договоре страхования, а также иных документах, предоставленных Страховщику в целях заключения и(или) исполнения Договора страхования, в том числе данные о состоянии здоровья, сведения, предоставленные в связи с наступлением страхового случая, включая сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии с

законодательством России, а также данные, которые были устно переданы Страховщику. Страховщик обрабатывает ПДн с целью заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования, решения вопроса о страховой выплате, а также контроля и оценки качества услуг, согласно условиям Договора страхования.

Согласие на обработку ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, но не менее срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

1.6. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что согласен на получение от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц сообщений, направленных в виде электронных писем на электронный адрес, который Страхователь предоставил Страховщику, а также смс-сообщений на предоставленный указанным лицам номер телефона, связанных с изменением, исполнением и/или расторжением настоящего Договора, а также текстовых сообщений рекламного и иного характера. Страхователь также дает свое согласие Страховщику на осуществление аналогичного характера звонков на предоставленный им номер телефона. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает правильность указанного им электронного адреса и номера телефона, а также наличие бесперебойного доступа к ним.

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

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

1. Субъекты и объекты страхования.

2.1. Объектом добровольного страхования от Несчастных случаев и Болезней являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также его смертью.

2.2. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их.

2.3. По Договору страхования Застрахованный имеет право на получение Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в порядке и на условиях настоящих Правил и Договора страхования в Медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию, а также посредством Сервисных организаций.

3. Страховые риски. Страховые случаи.

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

3.2. Страховым случаем является предусмотренное Договором страхования свершившееся событие, указанное в пп. 3.2.1-3.2.2 Правил страхования, подтвержденное в установленном порядке документами в соответствии с Правилами страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в Разделе 4 Правил страхования).

3.2.1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному лицу, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования, при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении, в связи с диагностированием критического (смертельно опасного) заболевания и/или назначением проведения хирургического вмешательства, которые были впервые диагностированы или назначены в течение срока страхования после окончания периода ожидания, а в случае продления договора страхования с 1-го дня срока действия договора страхования (далее по тексту, а также в договоре страхования данный риск может именоваться кратко - **«Возникновение обстоятельств, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному лицу в связи с диагностированием критического (смертельно опасного) заболевания и/или назначением проведения хирургического вмешательства»**).

Случай может быть признан страховым при соблюдении следующих условий:

А) Застрахованный обратился в течение срока страхования за медицинской помощью по впервые возникшему и диагностированному в течение срока страхования критическому (смертельно опасному) заболеванию или за проведением одного из хирургических вмешательств, в соответствии с п.п. 3.2.1.1-3.2.1.2 настоящих Правил страхования;

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

В) Обстоятельствами, требующими оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному в рамках настоящих Правил страхования, является заболевание (п. 3.2.1.1 Правил), которое не было диагностировано или необходимость проведения хирургического вмешательства (п.3.2.1.2 Правил страхования), которое не было назначено Застрахованному лицу, до даты заключения Договора страхования и/или в течение 180-дневного периода ожидания. При этом, связанные с ними симптомы и клинические проявления, задокументированные в медицинских документах, не проявлялись в течение 10 лет до даты заключения Договора страхования и/или в течение периода ожидания.

Перечень критических (смертельно опасных) заболеваний и хирургических вмешательств является исчерпывающим и включает в себя:

3.2.1.1. Лечение следующих заболеваний:

1) любых злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей;

2) любого рака in situ, область поражения которого ограничена эпителием, на котором он возник, при условии, что строма и окружающие ткани не были затронуты;

3) любого предракового изменения в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия.

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

К таким заболеваниям не относятся следующие патологические состояния/диагнозы:

– Рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи), за исключением злокачественных меланом;

Любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

3.2.1.2. Проведение следующих хирургических вмешательств:

1) Операция шунтирования коронарной артерии (реваскуляризация миокарда)

Прохождение хирургической операции по направлению врача-кардиолога для устранения стеноза или окклюзии одной или более коронарных артерий, путем установки обходных трансплантатов (шунта между аортой и коронарными артериями) для устранения стеноза или окклюзии шунта между аортой и коронарными артериями

Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие проведенной коронарной ангиографии.

К данному лечению не относятся:

- баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
- другие хирургические и нехирургические виды лечения.

2) Пересадка или восстановление сердечного клапана.

Прохождение хирургической операции по направлению врача-кардиолога для пересадки, протезирования или восстановления одного или более сердечных клапанов.

3) Трансплантация (пересадка)

а) Пересадка органа от прижизненного донора.

Означает хирургическую трансплантацию, при которой Застрахованному пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого или часть поджелудочной железы от живого совместимого донора.

К данному лечению не относятся:

- любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени;
- любая трансплантация, являющаяся аутологической;
- любая трансплантация, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;
- любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора;
- любая трансплантация, включающая в себе лечение стволовыми клетками;
- трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

б) Пересадка костного мозга.

Означает трансплантацию костного мозга или трансплантацию стволовых клеток периферической крови клеток (ТСКПК) костного мозга Застрахованному:

- от самого Застрахованного (аутологичная пересадка костного мозга);
- от живого совместимого донора (аллогенная пересадка костного мозга).

4) Нейрохирургическая операция

Означает любое хирургическое вмешательство в головной мозг, любые другие структуры полости мозгового черепа, а также лечение доброкачественных опухолей, расположенных в спинном мозге (Medulla spinallis).

В рамках указанного в п.3.2.1. Правил случая, если это предусмотрено Программой, могут также компенсироваться расходы Застрахованного лица, связанные с приобретением в течение периода страхования в аптечном учреждении лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом в рамках договора страхования и Программы страхования. Условие, предусматривающее лекарственное обеспечение, должно быть отражено в Договоре страхования и/или Программе страхования.

При этом датой наступления страхового случая (п.3.2.1. Правил) является дата обращения Застрахованного к Страховщику за получением Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования по впервые возникшему и диагностированному в течение срока страхования критическому заболеванию и/или за проведением одного из хирургических вмешательств, в соответствии с п.п. 3.2.1.1-3.2.1.2 настоящих Правил страхования, подтвержденное в установленном порядке документами в соответствии с п. 7 Правил страхования;

3.2.2. Госпитализация Застрахованного лица с целью лечения заболеваний/ проведения хирургических вмешательств или прохождения медицинских процедур, назначенных в связи с заболеваниями/состояниями, операциями, перечисленными в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2 Правил страхования, в соответствии с Программой страхования, являющейся приложением к Договору страхования, в медицинском учреждении, утвержденном Сервисной компанией/Страховщиком и указанным в Предварительном медицинском свидетельстве (за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Правил страхования (далее по тексту, а также в договоре страхования данный риск может именоваться кратко - **«Госпитализация Застрахованного лица»**).

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

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

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

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

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

г) соответствующие диагнозу состояния либо заболевания, и

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

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

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

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

4. Общие исключения из страхового покрытия.

4.1. Если иное не оговорено договором (программой) страхования, не является страховым случаем, обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение:

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

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

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

4.1.4. связанных с применением косметической или пластической хирургии, если иное прямо не оговорено договором страхования;

4.1.5. по поводу исключений, прямо предусмотренных договором и/или программой страхования.

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

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

в) гражданской войной или забастовками;

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

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

4.3. Если иное не установлено Договором страхования, из страхового покрытия, применительно к событиям, указанным пп. 3.2.1. - 3.2.2 Правил страхования, также исключаются следующие заболевания и хирургические вмешательства:

4.3.1. В случае лечения онкологических заболеваний:

- Рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи), за исключением злокачественных меланом;

- Любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

4.3.2. В случае проведения операции шунтирования коронарной артерии:

Любая коронарная болезнь, лечение которой проводится с использованием иных методов, нежели шунтирование коронарных артерий, например, любым видом ангиопластической хирургии.

4.3.3. В случае пересадки органа от прижизненного донора:

- Любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени.

- Любая трансплантация, являющаяся аутологической.

- Любая трансплантация, когда Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу.

- Любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора.

- Любая трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками.

- Трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

4.4. Если иное не установлено Договором, к исключениям по событиям, указанным пп. 3.2.1. - 3.2.2 Правил страхования, относятся также:

4.4.1. Общие исключения

а) расходы, понесенные в связи со всеми заболеваниями / хирургическими вмешательствами, не предусмотренными Договором;

б) расходы, понесенные в связи с заболеваниями / хирургическими вмешательствами, медицинскими процедурами, в медицинском учреждении, не согласованном со Страховщиком/Сервисной компанией и не указанным в Предварительном медицинском свидетельстве;

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

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

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

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

4.4.2. Медицинские исключения:

а) предшествующие состояния, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями, в течение 10 лет до даты начала действия Договора страхования;

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

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

г) любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения покрытого страхованием заболевания либо проведения медицинской процедуры согласно условиям Договора;

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

е) любое заболевание, вызванное трансплантацией органа, за исключением случаев, когда рассматриваемое заболевание определено в качестве покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры.

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

4.4.3. Исключенные расходы:

а) Любые расходы, возникшие в связи с какими-либо диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием и медицинским предписанием любого характера, понесенные в РФ.

б) любые расходы, возникшие в связи с какими-либо диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, принадлежностями, медицинским предписанием любого характера, понесенные в любой стране мира, тогда как Застрахованный:

- проживал за пределами РФ на протяжении более чем 183 дня в период 12 месяцев до первого обращения за услугой «Второе медицинское мнение», или

- не проживал на постоянной основе в РФ в момент подачи заявления по страховому случаю.

Данное исключение не применяется в течение первого года страхования в отношении указанных ниже категорий Застрахованных лиц, которые включены в списки в рамках коллективного договора страхования, страховая премия по которому оплачивается работодателем (Страхователем): работники (и члены их семей, если применимо), которые начинают работать по трудовому договору, заключенному со Страхователем в Российской Федерации, и которые были направлены из зарубежной страны специально для трудоустройства в организации, являющейся Страхователем.

в) любые расходы, понесенные в отношении какого-либо заболевания, диагностированного либо проявившегося первыми задокументированными симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными или инструментальными исследованиями, на протяжении периода ожидания, предусмотренного Договором.

г) любые расходы, понесенные до выдачи предварительного медицинского свидетельства.

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

е) любые расходы, понесенные без соблюдения Порядка урегулирования убытков Страховщиком согласно п. 7.8 Правил и Программе страхования, являющейся приложением к Договору.

ж) любые расходы, понесенные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры.

з) любые расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез и искусственных клапанов сердца в результате хирургической операции, организованной и оплаченной в рамках Договора.

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

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

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

м) любые расходы на медицинский уход или меры предосторожности в случаях церебрального синдрома, старческой немощи или церебрального нарушения, независимо от стадии их прогрессирования.

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

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

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

р) любые расходы, возникшие после окончания срока действия Договора.

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 влечет недействительность Договора страхования. Договор страхования заключается путем 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, имеют такую же юридическую силу, что и документы, подписанные оригинальной подписью.

5.4. В случаях если согласно информации, размещаемой Страховщиком на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – официальный сайт Страховщика), допускается предоставление Страхователем документации для заключения, изменения, расторжения (прекращения) Договора страхования в электронном виде, Страхователь может предоставить Страховщику соответствующие документы в виде электронных документов в порядке, указанном на официальном сайте Страховщика, а также в настоящих Правилах страхования.

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

- 1) При заключении Договора, страховая премия по которому не превышает 15 000 (Пятнадцать тысяч) рублей;
- 2) При заключении Договора со Страхователем, который ранее уже был идентифицирован Страховщиком в соответствии с требованиями законодательства

5.4.2. Договор добровольного 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), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального [закона](#) от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи". Договор считается заключенным 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 свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях

5.4.3. Заключение Договора страхования в виде электронного документа осуществляются с использованием официального сайта страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

5.4.4. Доступ к указанному официальному сайту страховщика для совершения действий, предусмотренных настоящей статьей осуществляется страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) с использованием единой системы идентификации и аутентификации.

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, 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 документы:

- документы, удостоверяющие личность;
- документы о гражданстве;
- документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ;
- миграционную карту (если в соответствии с действующим законодательством она должна была быть оформлена при пересечении данным иностранным гражданином или лицом без гражданства границы РФ);
- анкету Застрахованного лица, в том числе, содержащую сведения о состоянии здоровья, виде и характере его деятельности (по требованию Страховщика);
- документы и сведения, получение которых связано с требованиями законодательства РФ, в том числе, в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, документы, получаемые в целях целей 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.
- идентификационный номер налогоплательщика (далее — ИНН);
- контактную информацию: номера телефонов, адрес электронной почты, полный почтовый и фактический адрес, платежные реквизиты.

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

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 степени страхового риска) в отношении принимаемого на страхование лица.

5.9. Обстоятельствами, имеющими значение для определения степени страхового риска, признаются сведения, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре страхования, Декларации (Гарантии и заверения) Страхователя/Застрахованного лица, которая является неотъемлемой частью Договора страхования,

Сообщение Страхователем/Застрахованным лицом обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, производится путем указания Страхователем/Застрахованным лицом сведений в Договоре страхования и подписания Договора страхования, в том числе Декларации (Гарантии и Заверения) Страхователя / Застрахованного, а также Анкеты (по требованию Страховщика), которая является ручательством Страхователя / Застрахованного лица за достоверность сведений, изложенных в Декларации.

В целях оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать личного присутствия Застрахованного лица, потребовать заполнить Анкету 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:

- справки из ЛПУ с указанием диагноза и сроков лечения, справки врачей-специалистов о состоянии здоровья на момент заключения Договора;
- 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;
- копию (по запросу Страховщика — оригинал) Индивидуальной карты беременной и родильницы;
- копию направления на Медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), Акт МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности;
- 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 счет Страховщика.

Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в случае, если страхуемое лицо на дату заявления страдало заболеванием, указанным в подпунктах 1.3.5- 1.3.6 настоящих Правил и (или) при наличии иных обстоятельств, указанных в п. 1.3. Правил страхования

Страховщик также вправе отказать в заключении Договора страхования в случае отказа физического лица в предоставлении Страховщику информации, предусмотренной законодательством Российской Федерации в области противодействия легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, и финансирования терроризма, а также требований законодательства в области установления налогового резидентства клиентов компании (Страхователей, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей) в целях международного автоматического обмена финансовой информацией с компетентными органами иностранных государств, в установленный им срок.

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 путем 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, выгодоприобретателя) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 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. Договор вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования. При этом срок страхования (страховое покрытие) начинает действовать с даты, следующей за датой окончания периода ожидания, а при непрерывном продлении Договора страхования - с даты вступления в силу нового договора страхования, но не ранее даты оплаты страховой премии. Если сторонами в Договоре не предусмотрены иные последствия неоплаты страховой премии (или ее первого взноса) в установленный Договором страхования срок, неоплата Страхователем страховой премии (или ее первого взноса) при первичном заключении Договора в течение указанного срока рассматривается как односторонний отказ Страхователя от Договора страхования, и влечет его прекращение с момента окончания срока, установленного Договором для оплаты страховой премии (или ее первого взноса).

5.15. Договор страхования может быть продлен на 1 (один) год по согласованию Страховщика со Страхователем, в соответствии с настоящими Правилами страхования. Договор страхования может продлеваться неоднократно, но с учетом ограничений, предусмотренных пунктом 3.1.2.

5.16. Непрерывное продление срока действия Договора страхования осуществляется путем выдачи (направления) Страховщиком Страхователю нового Полиса сроком действия 1 (один) год на условиях, действующих на момент заключения первоначального Договора страхования или на новых условиях не позднее, чем за 30 дней до окончания срока действия текущего Договора страхования.

Страховщик оставляет за собой право при продлении срока действия Договора страхования изменить размер страховой премии (взноса) по Договору страхования в целом или по отдельной программе страхования в случае изменения страховых тарифов Страховщика.

Согласием Страхователя с продлением Договора страхования на прежних или новых условиях является оплата страховой премии/первого страхового взноса в размере, указанном в направленном Страховщиком Договоре/Полисе.

В случае неоплаты страховой премии/первого страхового взноса по новому Договору/Полису до окончания срока действия текущего Договора страхования либо оплаты в меньшем, чем предусмотрено новым Договором/Полисом, размере, договор считается непродленным, сервисные услуги по договору страхования Застрахованному лицу не оказываются, а оплаченная денежная сумма подлежит возврату в полном объеме.

5.17. Договор прекращается в случаях:

5.17.1. истечения срока действия Договора;

5.17.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

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

5.17.4. в случае смерти Страхователя (физического лица), заключившего договор о страховании третьего лица, ликвидации (реорганизации) Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования;

5.17.5. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

5.17.6. 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 днем получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или подписания Дополнительного соглашения соответственно, если иное не предусмотрено настоящими Правилами.

5.17.7. досрочного расторжения по инициативе Страховщика в случае не предоставления Страхователем Страховщику в установленный им срок информации, предусмотренной законодательством Российской Федерации в области противодействия легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, и финансирования терроризма, а также требований законодательства в области установления налогового резидентства клиентов компании (Страхователей, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей) в целях международного автоматического обмена финансовой информацией с компетентными органами иностранных государств. Договор страхования

считается прекратившим свое действие с даты получения Страхователем письменного заявления Страховщика об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон.

5.17.8. невозможности его исполнения Страховщиком в вследствие обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, в том числе, ненадлежащего исполнения/неисполнения обязательств по договору контрагентами страховщика, предоставляющими предусмотренные договором страхования услуги, в результате включения иностранными государственными органами исполнительной и/или законодательной власти Застрахованного лица и(или) компании(ий), оказывающей(их) услуги в рамках настоящего Договора, и(или) страны в список лиц/стран/компаний в санкционные списки, и введения в отношении них запрета на оказание/ предоставление любого рода услуг, ограничений на въезд, выезд, заключение с ними договоров любого рода, как до момента заключения договора страхования, так и в период его действия."

5.17.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.18. 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:

5.18.1. 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 объеме;

В случае, если Страхователю был произведен возврат страховой премии в соответствии с пунктом 5.18.1 настоящих Правил, Договор страхования и страховое покрытие прекращает свое действие с момента начала периода, за который был осуществлен возврат страховой премии. Событие, наступившее в течение периода, за который был осуществлен возврат страховой премии, страховым не признается, и страховая выплата по нему не производится.

5.19. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон.

5.20. Возврат Страхователю страховой премии осуществляется в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

5.21. 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.

5.22. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причине смерти Застрахованного лица, произошедшей до наступления страхового случая, часть страховой премии, в размере доли последнего уплаченного страхового взноса (страховой премии), пропорционально не истекшей части оплаченного периода (года, месяца - в зависимости от периодичности уплаты взносов), подлежащая возврату, выплачивается законным наследникам.

Если смерть Застрахованного лица произошла после наступления страхового случая и оказания Застрахованному лицу Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных условиями, то уплаченная премия возврату не подлежит.

5.23. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причине, указанной в п 5.17.6. Правил страхования, страховая премия по Договору страхования возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Правилами страхования;

5.24. В случае досрочного прекращения договора по основаниям, предусмотренным 5.17.7 настоящих Правил, страховая премия по Договору подлежит возврату в полном объеме, если прекращения договора произошло в течение периода ожидания.

5.25. В случае досрочного прекращения договора по основаниям, предусмотренным пунктом 5.17.8. настоящих Правил, страховая премия по Договору подлежит возврату в полном объеме.

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

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

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

страхового случая.

6.2. Страховая сумма или способ ее определения устанавливается в договоре страхования по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Страховая сумма устанавливается отдельно по каждому из страховых рисков, либо по Договору страхования в целом.

6.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в течение срока действия Договора страхования страховая сумма по всем страховым рискам уменьшается на сумму произведенных выплат по договору.

6.4. 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 минимальной или выше максимальной страховой суммы, установленной Страховщиком.

6.5. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, при «страховании в эквиваленте» страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной 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.

6.6. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком. Страховая премия рассчитывается исходя из тарифной ставки, страховой суммы и срока страхования с учетом порядка оплаты страховой премии. Страховщик устанавливает тарифные ставки на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных Страховщиком, с применением повышающих и понижающих коэффициентов, учитывающих возможные факторы риска, результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем при заключении Договора страхования, информации, самостоятельно полученной Страховщиком, заключений экспертов, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в Договор страхования.

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

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

6.9. 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.

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

6.11. Страховая премия или первый страховой взнос должны быть оплачены на начало действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.12. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днем оплаты страховой премии считается:

- при оплате наличными денежными средствами – день оплаты премии наличными деньгами в кассу Страховщика, указанный в квитанции установленной формы на получение страхового взноса;
- при безналичной оплате – день поступления денежных средств на счет Страховщика.

7. Порядок предоставления медицинских услуг и осуществления страховой выплаты.

Порядок урегулирования убытков.

7.1. При условии соблюдения Страхователем содержащихся в Правилах страхования и Договоре страхования положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования. Страховщик в счет страховой выплаты (страховой суммы) организует оказание медицинских услуг Застрахованному лицу и оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу.

7.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным 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.

7.3. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные договором страхования, включая транспортные услуги, услуги по репатриации.

7.4. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 3.2.1 Правил страхования, страховая выплата производится на следующих условиях:

7.4.1 Выплата осуществляется Страховщиком в пределах Страховой суммы, установленной по данному риску, путем 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 диагноз или рекомендуемое ему хирургическое вмешательство соответствуют определениям, предусмотренным п.3.2.1 Правил, 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.

7.4.2 В соответствии с условиями Договора страхования и условиями Программы страхования, которая является неотъемлемой частью Договора страхования, будут оплачены следующие расходы (в пределах, лимитов, указанных в Программе страхования), возникшие в связи с покрываемыми Договором страхования и Программой страхования заболеваниями/хирургическими вмешательствами и медицинскими процедурами, перечисленными в 3.2.1.1 и 3.2.1.2 Правил страхования:

А МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

1. При лечении в Больнице, в отношении следующего:

1.1 Проживание, питание и общие услуги по медицинскому уходу, предоставленные во время пребывания Застрахованного лица в стационаре;

1.2 Другие больничные услуги, в т. ч. услуги, предоставленные в амбулаторном отделении больницы, а также расходы, относящиеся к стоимости дополнительной койки, если больница оказывает такую услугу;

1.3 Использование операционной и всех относящихся к ней услуг.

2. За лечение в дневном стационаре, но только при условии, что лечение, хирургическая операция, либо медицинская процедура включены в Договор страхования/Программу страхования и предусмотрены в данной больнице.

3. За лечение у врача – в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции.

4. За визиты врачей в процессе госпитализации.

5. За следующие медицинские и хирургические услуги, лечебные процедуры и предписания:

5.1 Анестезия и введение анестетиков, при условии выполнения квалифицированным анестезиологом в условиях лечебного учреждения;

5.2 Лабораторные анализы и исследование патологий, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие подобные анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения, указанных в Договоре страхования болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

5.3 Переливания крови, введение плазмы и сыворотки;

5.4 Расходы, связанные с использованием кислорода, применение внутривенных растворов и инъекций.

6. За Лекарственные препараты, применяемые по медицинскому предписанию при Госпитализации Застрахованного лица для лечения, покрываемого страхованием заболевания или для медицинской процедуры/хирургического вмешательства. Лекарственные препараты, предписанные для послеоперационного лечения, покрываются в течение 30 дней с момента завершения стадии лечения

Застрахованного лица, проведенного за пределами РФ, и только при приобретении перечисленного перед возвращением в РФ.

7. За перемещение и транспортировку наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование показано или предписано врачом либо предварительно одобрено Страховщиком/Сервисной Компанией.

8. За услуги, оказываемые прижизненному донору в процессе удаления органа или ткани, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу, заключающиеся в следующем:

8.1 Стоимость анализов и тестов, выполняемых для определения подходящих доноров среди членов семьи Застрахованного лица;

8.2 Больничные услуги, оказываемые донору, в т. ч. размещение в больничной комнате, палате или отделении, питание, услуги общего медицинского ухода, услуги, регулярно оказываемые персоналом больницы, лабораторные анализы, использование оборудования и других материально-технических средств больницы (за исключением предметов личного пользования, которые не являются необходимыми в процессе удаления предназначенного для трансплантации органа или ткани);

8.3 Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу.

9. За услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу. Покрытие будет обеспечено только для расходов, понесенных с даты выпуска предварительного медицинского свидетельства.

В. РАСХОДЫ НА ПРОЕЗД

Для проезда Застрахованного лица и одного сопровождающего лица за границу (а также прижизненного донора в случае трансплантации) с единственной целью проведения лечения, утвержденного Страховщиком/Сервисной Компанией. Все мероприятия по подготовке переезда проводит Сервисная Компания, при этом Страховщик не оплачивает расходы по проезду, осуществленные Застрахованным лицом либо третьим лицом от имени Застрахованного лица.

Сервисная Компания будет нести ответственность за определение дат поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной Компании, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховой компании и/или Сервисной Компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной Компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Покрываемые страхованием мероприятия по проезду включают в себя:

проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции,

проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса до города, где будет проводиться лечение, а также трансфер до указанного отеля,

проезд от установленного отеля или больницы в аэропорт или до международной железнодорожной станции,

проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до города, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо,

проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного лица.

С. РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ

Для размещения Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (а также прижизненного донора в случае трансплантации) во время пребывания за границей с единственной целью проведения лечения, утвержденного Сервисной Компанией. Все мероприятия по организации проживания должна

осуществлять Сервисная Компания, при этом Страховщик не оплачивает проживание, организованное Застрахованным лицом либо любым третьим лицом, действующим от имени Застрахованного лица.

Сервисная Компания будет нести ответственность за принятие решения в отношении дат бронирования размещения на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного количества времени для осуществления личных приготовлений.

Сервисная Компания укажет дату возвращения на основании завершения лечения и подтверждения лечащего врача, что Застрахованное лицо в состоянии осуществлять переезд.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной Компании, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховой компании и/или Сервисной Компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду и проживанию, если изменения не будут подтверждены Сервисной Компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Мероприятия по организации проживания включают в себя:

- Бронирование двухместного номера или номера с двухспальной кроватью в комфортабельном отеле (в категориях 3/4 звезды), включая завтрак, согласно критериям, установленным в интересах Застрахованного лица.

Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км.

Питание (за исключением завтрака) и непредвиденные расходы в отеле не являются предметом страхового покрытия. Застрахованное лицо не может за дополнительную плату повышать уровень комфортности в соответствующем отеле.

D. РАСХОДЫ ПО РЕПАТРИАЦИИ

В случае смерти Застрахованного лица (либо прижизненного донора в случае трансплантации), произошедшей за пределами Российской Федерации в процессе проведения лечения, организованного согласно Договору страхования/Программе страхования, Страховщик оплатит репатриацию останков в РФ.

Данное покрытие ограничивается только услугами и материалами, необходимыми для подготовки тела Застрахованного лица (либо прижизненного донора в случае трансплантации и его транспортировки в РФ, в т. ч.:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- гроб с минимальными обязательными атрибутами;
- транспортировка тела Застрахованного лица (либо прижизненного донора в случае трансплантации от аэропорта до указанного места захоронения в РФ.

E. РАСХОДЫ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В РФ

Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретенные в РФ после лечения заболевания/хирургического вмешательства или медицинской процедуры, которые включены в Договор страхования/Программу страхования и которые утверждены Страховщиком/Сервисной Компанией в предварительном медицинском свидетельстве, при условии пребывания на лечении в стационаре более трех суток.

Приобретение лекарственных препаратов в рамках данного раздела E должно быть организовано и оплачено непосредственно Застрахованным лицом. Страховщик компенсирует расходы на лекарственные препараты Застрахованному лицу после получения соответствующего рецепта, оригинала счета и подтверждения факта оплаты.

Если стоимость лекарственного препарата частично покрывается в рамках системы здравоохранения или альтернативным Договором страхования, в запросе о возмещении средств должны четко разграничиваться средства, полностью предоставленные Застрахованным лицом и средства, предоставленные в рамках системы здравоохранения или другим Договором.

Оплата расходов на лекарственные препараты, в соответствии с Договором/Программой страхования, может быть произведена только при условии:

- если лекарственный препарат был рекомендован через Сервисную Компанию лечащим врачом (врачами) международной квалификации, который(ые) принимал (и) участие в лечении Застрахованного лица, в качестве необходимого для последующего лечения;
- если лекарственный препарат лицензирован и разрешен соответствующими органами власти в РФ, и его назначение и оборот должным образом регулируется;
- если лекарственный препарат выписывается по рецепту врача в РФ;
- если лекарственный препарат продается в РФ;
- если рецепт не выдается на дозировку, которая превышает 2 месяца.

Оплата расходов на лекарственные препараты не производится:

- на любую стоимость лекарственных препаратов, которые бесплатно предоставляются в рамках системы здравоохранения РФ или по другому альтернативному договору страхования;
- стоимость применения/введения лекарственного препарата;
- приобретение лекарственного препарата за пределами РФ;
- счета, предоставленные Страховой компании более чем через 180 дней после приобретения лекарственного препарата.

7.5. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 3.2.2 Правил страхования, страховая выплата производится на следующих условиях:

7.5.1. Страховая выплата рассчитывается, исходя из 100 ЕВРО в день за каждый день госпитализации в течение срока страхования, начиная с первого дня госпитализации, но не более, чем за 60 (шестьдесят) дней по одному страховому случаю за весь период непрерывного страхования, если Договором не предусмотрено иное ограничение количества дней.

7.5.2. Страховая выплата по страховому случаю, указанному в п. 3.2.2 Правил страхования осуществляется в соответствии с п. 7.5.1. Правил, при этом день поступления и день выписки в сумме считаются 1 (одним) днем госпитализации.

7.5.3. Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу при госпитализации Застрахованного лица в результате лечения критического заболевания или проведения ему одного из хирургических вмешательств, перечисленных в п.3.2.1.1-3.2.1.2 Правил дополнительно к оплате расходов, по страховому событию, указанному в п.3.2.1, при условии признания Страховщиком данного заболевания или операции страховым случаем по Договору страхования.

7.6. Для признания Страховщиком случая страховым и получения страховой выплаты/организации оплаты лечения (по рискам 3.2.1-3.2.2) Застрахованный (законный представитель Застрахованного, Страхователь), после диагностирования Застрахованного 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 сокращенный перечень документов:

- копия Договора (полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Застрахованного с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой установления диагноза критического заболевания, направление на хирургическую операцию либо послуживших причиной госпитализации Застрахованного;
- 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), подтверждающие заболевание или направление Застрахованного на операцию, обладающих признаками страхового случая, а также подтверждающих тот факт, что диагноз заболевания установлен и/или операция назначена впервые в период действия договора страхования в отношении Застрахованного. В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведенных диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследованиями), проведенное лечение;

- материалы для гистологического исследования (где это применимо);
- оригинал заключения врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза и рекомендаций;
 - выписка из стационара, подтверждающая сроки пребывания в стационаре, диагноз и проведенное лечение;
- оригинал медицинского заключения о назначении Застрахованному медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.).

По требованию Сервисной компании Застрахованный (законный представитель Застрахованного, Страхователь) может предоставить сканированные копии вышеуказанных документов (где это применимо).

7.7. Застрахованный, Выгодоприобретатели и Страхователь обязаны предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю.

7.8. Если Застрахованным/Страхователем представлены не все документы, указанные в п. 7.6 Правил, то Страховщик вправе принять решение по заявленному случаю на основании представленных документов при условии, что таких документов достаточно для установления факта наличия/отсутствия страхового случая и размера страховой выплаты. 7.9. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о страховой выплате, согласно п. 7.6 настоящих Правил, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате.

7.9. При принятии решения о признании случая не страховым, отказе (отсрочке) выплаты, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты Правил информирует об этом лицо, претендующее на организацию лечения/проведение операции или страховую выплату (где это применимо), в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения документов, указанных в п. 7.6. Правил, а также документов (результатов проверки), дополнительно запрошенных Страховщиком в соответствии с пп. 7.15. Правил (если таковые были запрошены).

7.10. В случае признания Страховщиком случая страховым, согласно данным Правилам, условиям Договора страхования и Программе страхования, Сервисная компания в течение не менее 10 рабочих дней предоставляет Застрахованному медицинское заключение о подтверждении диагноза / необходимости проведения хирургического вмешательства с планом лечения и на выбор не менее трех лечебных учреждений для прохождения соответствующего лечения и/или проведения ему соответствующей операции.

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

7.11.1. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения Застрахованного о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения, Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного в выбранное лечебное учреждение в срок не менее 10 рабочих дней и готовит Предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанного лечебного учреждения.

Предварительное медицинское свидетельство обеспечивает Застрахованному доступ к соответствующему лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранном лечебном учреждении, согласно диагностированному критическому (смертельно опасному) заболеванию и/или назначенному хирургическому вмешательству в соответствии с п. п. 3.2.1.1-3.2.1.2 Правил страхования. Медицинские и Медико-сервисные услуги, оказываемые в иных лечебных учреждениях помимо указанного в Предварительном медицинском свидетельстве, не покрываются страхованием.

7.11.2. Предварительное медицинское свидетельство является действительным на протяжении 90 (девяносто) календарных дней с момента выдачи. В случае, если Застрахованный не инициировал лечение в утвержденном лечебном учреждении на протяжении данного срока, Предварительное медицинское свидетельство утрачивает силу. Застрахованный при необходимости повторно обращается в Сервисную компанию/ Страховщику в соответствии с п. 7.14.

7.12 При неполучении Страховщиком письменного заявления-согласия Застрахованного лица на предложенное ему лечение/проведение операции в течение трех месяцев с даты направления ему заключения и предложений от Сервисной Компании, Договор не прекращается, но заключение Сервисной организации признается утратившим силу, и воспользоваться данными предложениями Сервисной организации по организации лечения Застрахованный не имеет права.

7.13. Новое предложение от Сервисной организации может быть направлено Застрахованному только после получения от него Страховщиком соответствующего письменного заявления, а также после предоставления Застрахованным последних результатов анализов и тестов, заключений экспертов и т.п. - на усмотрение Сервисной Компании, с учетом особенностей первоначально подтвержденного диагноза, стадии заболевания и особенностей предполагаемого лечения. При этом Сервисная Компания вправе предложить иной план лечения и иной набор лечебных учреждений. Сервисная Компания выдаст Застрахованному лицу на выбор список из не менее трех лечебных учреждений для прохождения соответствующего лечения и/или проведения ему соответствующего хирургического вмешательства.

7.14. Перечень документов, которые могут быть дополнительно запрошены Страховщиком для установления факта страхового случая:

- Заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты Застрахованного;
- Данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки – оригиналы; заключение врача-рентгенолога – оригинал; КТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; МРТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; ЭКГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭЭГ – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭхоЭГ – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия с заключением; РЭГ – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия с заключением; анализы / исследования физиологических жидкостей – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия; цитологическое / гистологическое / морфологическое исследование – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью ЛПУ копия; и т.п.);
- Письменное объяснение Застрахованного / Выгодоприобретателя по вопросам, возникшим в ходе рассмотрения предоставленных документов по заявленному событию, обладающему признаками страхового;
- Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

8.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

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

8.1.2. о персональных данных Застрахованного: 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;

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

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

8.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 8.1.2 Правил персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены Договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

8.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 8.1.3 Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

8.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия сторон, а при осуществлении этих

действий в отношении информации, указанной в п.п. 8.1.2 и 8.1.3 Правил, - и с письменного согласия Застрахованного.

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

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

Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного страхования Застрахованных на случай критических заболеваний, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа, осуществляет трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей (где это применимо)

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

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

8.9. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованного (-ых) письменное согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его (их) персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 8.8 Правил.

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

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

9. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица

9.1. Страховщик обязан:

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

9.1.2. 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 и Программы страхования. При признании наступившего события

страховым случаем Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с Правилами страхования, условиями Договора страхования и Программой страхования, которая является неотъемлемой частью Договора страхования;

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

9.1.4. направлять Страхователю уведомление в связи с изменением размеров страховых сумм, страховых взносов.

9.1.5. 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.

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

9.2. Страховщик имеет право:

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

9.2.2. требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате по Договору страхования. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель;

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

9.2.4. 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 Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину заявленного события;

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

9.2.6. 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;

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

9.2.8. Требовать от клиента предоставления документов и сведений, необходимых для осуществления функций, предусмотренных действующими нормативными требованиями в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем и финансированию терроризма, а также выполнения требований законодательства

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

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. 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 Застрахованного лица, необходимой для определения степени и особенностей риска наступления страховых случаев;

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

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

- о наступлении смерти Застрахованного лица (если Страхователь не является Застрахованным лицом) в срок не позднее 35 календарных дней от момента, когда Страхователю стало об этом известно. Обязанность сообщить о случае смерти Застрахованного лица может быть исполнена Выгодоприобретателем, если он намерен воспользоваться правом получения страховой выплаты;

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

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

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

9.3.5. исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора, Программы страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора и иных документов, закрепляющих правоотношения между Сторонами;

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

9.4. Страхователь имеет право:

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

9.4.2. получить дубликат Полиса в случае его утраты;

9.4.3. досрочно расторгнуть Договор;

9.4.4. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;

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

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

9.5. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страховщика и Страхователя (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 ее 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. Заключительные положения

11.1. Все денежные расчеты между Сторонами осуществляются в соответствии с законодательством РФ.

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