

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом

Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 10.11.2017 № Пр-УПС/03-01-01-01-11/0030а

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ
№ 0048.СЖ/СЛ.01/05.00

1.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1.

В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0048.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает договоры страхования (далее по тексту – «договоры страхования») со Страхователями.

1.2.

Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. Приложениях) и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (включая приложения) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю. При изменении/исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде. Приложения к Правилам страхования являются их неотъемлемыми частями.

1.3.

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

1.4.

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

1.4.1.

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

1.4.2.

Выкупная сумма – сумма, определенная Договором страхования, выплачиваемая при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования. Выкупная сумма может составить 0 (ноль).

1.4.3.

Под «**Злокачественным онкологическим**

заболеванием» в настоящих Правилах страхования понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное врачом-специалистом Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

В определении «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома. При этом в определение «Злокачественное онкологическое заболевание» не включаются:

1.4.3.1.

злокачественная опухоль кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM;

1.4.3.2.

злокачественная опухоль предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;

1.4.3.3.

карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли, гистологически описанные как предраковые заболевания;

1.4.3.4.

базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;

1.4.3.5.

хронический лимфоцитарный лейкоз стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);

1.4.3.6.

папиллярный рак щитовидной железы;

1.4.3.7.

неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;

1.4.3.8.

любые виды злокачественных новообразований, протекающие на фоне ВИЧ-инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

1.4.4.

Под «**Инфарктом миокарда**» и «**Инсультом**» в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимают:

Инфаркт миокарда – остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения).

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии не менее трех из нижеследующих симптомов (признаков):

1.4.4.1.

присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;

1.4.4.2.

вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим стойким необратимым неврологическим нарушениям.

Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными

методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).

При этом в определении «Инфаркт миокарда» и «инсульт» не включаются:

- а) инфаркт миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без характерных изменений ЭКГ (изменение сегмента ST, появление патологических зубцов Q);
- б) стабильная/нестабильная стенокардия;
- в) транзиторная ишемическая атака;
- г) церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;
- д) травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга.
- е) лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

1.4.5.

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

1.4.6.

Льготный период – период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения Договора страхования в связи с неоплатой

(неполной оплатой). При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим в дату оплаты очередного страхового взноса.

1.4.7.

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

1.4.7.1.

Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе ДМС, прилагаемой к Договору страхования.

1.4.7.2.

Иные услуги – услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по транспортировке, в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе ДМС, прилагаемой (-ых) к договору страхования.

1.4.8.

Под **«медицинскими организациями»** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические

лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – «**медицинские организации**»);

1.4.9.

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

1.4.9.1.

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

1.4.9.2.

специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – «**сервисные компании**» или «**асистанс-компании**»).

1.4.10.

Платежное поручение – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты первого страхового взноса, который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4.11.

Программа добровольного медицинского страхования – документ, являющийся неотъемлемой частью договора страхования (при страховании по рискам из числа, указанных в подп. 3.1.4 – 3.1.7 Правил страхования), в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует

и оплачивает по договору страхования, а также могут быть указаны порядок их оказания и иные положения, предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.

1.4.12.

Программа страхования – один или комбинация нескольких страховых рисков, с ответственностью по которым заключается договор страхования.

1.4.13.

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

1.4.14.

Ребенок/Дети – физическое лицо/физические лица, которым на дату заключения договора страхования (без учета последующих изменений гражданского состояния) Страхователь приходится законным родителем или усыновителем.

1.4.15.

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

1.4.16.

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

1.4.17.

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

1.4.18.

Страховой случай – произошедшее в

период действия договора страхования событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого Страховщик обязан произвести страховую выплату.

1.4.19.

Супруг/супруга – физическое лицо, состоящее со Страхователем на дату заключения договора страхования (без учета последующих изменений гражданского состояния) в браке, зарегистрированном органами записи актов гражданского состояния (иными органами/учреждениями, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации наделены полномочиями на государственную регистрацию актов гражданского состояния).

1.5.

Приложениями к Правилам страхования могут быть предусмотрены

дополнительные термины, не указанные в настоящем разделе.

1.6.

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

1.7.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, территорией действия страхования (территорией страхования) является весь мир.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, при медицинском страховании медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующим приложением к Правилам страхования, оказываются Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся на территории Российской Федерации.

2.

ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1.

Объектами страхования являются:

2.1.1.

в отношении страховых рисков **«дожитие до окончания договора», «первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)», «первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»:** не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица (также по тексту Правил страхования (включая приложения), а также по тексту договора страхования и других связанных со страховой услугой документов, – **«страхование жизни»;**

2.1.2.

в отношении страховых рисков **«лечение особо опасного заболевания», «второе экспертное медицинское мнение», «чек-ап», «дистанционные медицинские консультации»:** не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по

тексту Правил страхования (включая приложения), а также по тексту договора страхования и других связанных со страховой услугой документов, – «**медицинское страхование**»).

2.2.

В договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию жизни и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

2.3.

Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее деятельность по страхованию на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.4.

Страхователь – дееспособное

физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.5.

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

2.6.

Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

3.

СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1.

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

3.1.1.

Дожитие Застрахованного лица до окончания срока действия договора страхования. Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до окончания срока действия договора страхования (с учетом исключений из страхования, если установлены). Далее по тексту Правил страхования страховой риск может сокращенно именоваться «**дожитие до окончания договора**». Договором страхования,

при необходимости, может быть предусмотрено иное сокращенное наименование данного страхового риска.

3.1.2.

Первичное диагностирование Застрахованному лицу злокачественного онкологического заболевания (в договоре страхования и по тексту Правил (включая приложения) может именоваться «**первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)**»). Страховым случаем является диагностирование у Застрахованного лица злокачественного онкологического заболевания (как оно определено в разделе 1 настоящих Правил страхования) впервые в течение срока страхования.

3.1.3.

Первичное диагностирование Застрахованному лицу инфаркта миокарда или инсульта в течение срока страхования (в договоре страхования и по тексту Правил (включая приложения) может именоваться **«первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»**). Страховым случаем является диагностирование у Застрахованного лица Инфаркта миокарда или Инсульта (как они определены в разделе 1 Правил страхования) впервые в течение срока страхования.

3.1.4.

Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Приложением к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 1» (далее – «Программа №1») вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также именуется **«лечение особо опасного заболевания»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №1.

3.1.5.

Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Приложением к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 3» (далее – «Программа №3») вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также именуется **«второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе №3.

3.1.6.

Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за

организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Приложением к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 2» (далее – «Программа № 2») в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также именуется **«чек-ап»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе № 2.

3.1.7.

Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Приложением к настоящим Правилам страхования «Программой добровольного медицинского страхования № 4» (далее – «Программа № 4») вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также именуется **«дистанционные медицинские консультации»**).

Страховым случаем является событие, указанное в Программе № 4.

3.2.

Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в договоре страхования. Если по договору страхования несколько Застрахованных лиц, то в отношении разных Застрахованных лиц договором страхования может быть предусмотрено страхование по различным страховым рискам из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.3.

Договором страхования и/или любой из Программ №№ 1–4 могут быть установлены исключения из страхования.

События, определенные в качестве исключений из страхования, не являются страховыми случаями и в связи с

этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату или оплатить

и организовать оказание медицинских или иных услуг.

4.

СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

4.1.

Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.

4.2.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховые суммы устанавливаются отдельно по каждому страховому риску, предусмотренному договором страхования, и едиными (совокупно) для всех Застрахованных лиц, в отношении которых предусмотрен соответствующих риск.

4.3.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховые суммы по страховым рискам из числа указанных в подпунктах 3.1.1, 3.1.3, 3.1.5 – 3.1.7 Правил страхования являются постоянными в течение всего срока действия договора страхования.

4.4.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховая сумма по страховому риску **«первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)»** является изменяемой. Со дня вступления договора страхования в силу страховая сумма определяется как сумма очередных страховых взносов по договору страхования, даты оплаты которых приходятся на период освобождения от уплаты страховых взносов, устанавливаемый

в соответствии с п. 8.7 настоящих Правил страхования. До момента вступления договора страхования в силу страховая сумма приравнивается к первому страховому взносу.

4.5.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, по страховому риску **«лечение особо опасного заболевания»** устанавливается агрегатная страховая сумма.

При этом под агрегатной страховой суммой понимается уменьшаемая страховая сумма, рассчитываемая как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страховых выплат, осуществленных Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям по страховому риску «лечение особо опасного заболевания». Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, при установлении страхового риска «лечение особо опасного заболевания» в отношении нескольких Застрахованных лиц, страховая сумма уменьшается на суммы страховых выплат совокупно по всем Застрахованным лицам.

4.6.

Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию,

взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

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

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, и иных факторов Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.7.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховая премия оплачивается в рассрочку.

4.8.

Страховая премия (страховые взносы) подлежит уплате Страховщику в порядке, в сроки и в течение периода, которые установлены договором страхования. Размеры страховых взносов устанавливаются договором страхования. При этом если договор страхования заключается в порядке, предусмотренном в п. 6.1.3 настоящих Правил страхования, то договором страхования может быть предусмотрено, что размер страхового взноса определяется Страхователем из числа предложенных Страховщиком и содержащихся в договоре страхования. В таком случае размер страхового взноса по договору страхования указывается в Платежном поручении.

4.9.

Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии, при неоплате первого страхового взноса (при оплате в рассрочку) в полном объеме и до истечения срока, указанного в Страховом полисе, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по

нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

4.10.

Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае если оплата второго или любого другого последующего очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 30 (тридцать) календарных дней для оплаты такого взноса.

Льготный период исчисляется с даты, установленной договором страхования для оплаты страхового взноса, внесения которого просрочено.

4.11.

Стороны пришли к соглашению, что при ненадлежащей оплате очередного страхового взноса (неполная или несвоевременная оплата) в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме. При этом договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.

4.12.

Если иное не предусмотрено договором страхования датой оплаты страховой премии/страхового взноса Страхователем является:

4.12.1.

при платеже путем безналичных расчетов – дата списания денежных средств со счета Страхователя для их перечисления на расчетный счет Страховщика;

4.12.2.

при наличных формах расчетов — дата внесения платежа в кассу Страховщика

или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

4.13.

Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) и/или о факте прекращения договора страхования по основанию, указанному в подп. 7.1.3 настоящих Правил страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам,

и/или иным информационным источникам, указанным в подп. 6.1.3, п. 6.7 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащие уведомление и считается сделанным в письменной форме.

4.14.

По страхованию жизни при наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

5.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1.

Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Сторон. Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования за исключением случаев, предусмотренных в п. 5.2 настоящих Правил страхования.

Срок действия договора страхования устанавливается посредством указания даты вступления договора страхования в силу и даты окончания действия договора страхования и/или посредством указания периода времени.

5.2.

Если договор страхования заключается в порядке, предусмотренном в п. 6.1.3 настоящих Правил страхования, то договором страхования может быть предусмотрено, что срок действия договора страхования определяется по соглашению Сторон путем выбора Страхователем одного из вариантов данного условия, предложенных Страховщиком и содержащихся в договоре страхования. Срок действия договора страхования указывается в Платежном поручении.

5.3.

Договор страхования вступает в силу с

даты, предусмотренной договором страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и в срок, установленные договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен договором страхования.

5.4.

Срок страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в договоре страхования.

Срок страхования может определяться посредством указания в договоре страхования даты его начала и даты окончания и/или периодом времени.

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

Срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

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

6.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1.

Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

6.1.1.

путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами;

6.1.2.

путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.1.3.

путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного заявления Страхователя. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата первого страхового взноса. Дополнительным подтверждением факта заключения договора страхования и вручения Страхователю Правил страхования может служить подпись Страхователя в платежных или иных документах. Если иное не предусмотрено соответствующей кредитной организацией, платежные документы оформляются в одном экземпляре для передачи Страхователю в подтверждение факта оплаты страхового взноса. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе исполнения договора страхования всю или часть имеющейся у него

информации из Платежного поручения и/или иных платежных документов (в т.ч. сведения о выбранных Страхователем размере страхового взноса и сроке страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

6.2.

Перечень сведений и документов, необходимых для заключения договора страхования, оценки страховых рисков:

6.2.1.

Сведения и/или документы о Страхователе/Застрахованном лице (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства (регистрации), реквизиты документа, удостоверяющего личность (например, серия, номер) и др.), сведения о родстве/состоянии в браке со Страхователем, документы, удостоверяющие личность, и др.).

6.2.2.

Следующие сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы: возраст; сведения о дееспособности; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, а также информация в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы).

6.2.3.

Декларация относительно Застрахованного лица (если предусмотрена).

6.2.4.

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

6.2.5.

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

6.3.

Форма представления указанных в п. 6.2 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 6.2 настоящих Правил страхования перечень сведений и документов, необходимых для заключения договора страхования, оценки страховых рисков, является исчерпывающими. При этом, Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иные документы и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем.

6.4.

Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

6.5.

Страховщик может отдельно оговаривать в договоре страхования положения, по которым должно быть достигнуто

соглашение Сторон, и которые в этой связи будут считаться существенными условиями договора страхования. При несоблюдении данных положений договор страхования будет считаться незаключенным и страховые выплаты по нему не будут производиться.

6.6.

Если Страхователь письменно не заявил об ином, подписание Страхового полиса, составленного на бумажном носителе, Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика. Если Страхователь письменно не заявил об ином, подписание Страховщиком документов, составленных на бумажных носителях в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

6.7.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения договора страхования, должны производиться в письменной форме по следующим адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах (иных информационных источниках):

6.7.1.

о Страховщике – в договоре страхования;

6.7.2.

о Страхователе – в договоре страхования (Страховом полисе), Платежном

поручении, а также в базах данных, которые Страховщик может вести согласно подп. 6.1.3 настоящих Правил страхования (при наличии);

6.7.3.

о Сторонах – в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

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

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

6.8.

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

6.9.

Стороны вправе вносить в договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему

законодательству Российской Федерации. Внесение изменений в договор страхования осуществляется в форме и порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

При обращении Страхователя по вопросам внесения изменений (в т.ч. при замене Выгодоприобретателя) Страховщик вправе потребовать представления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя и не вносить изменения без удовлетворения Страхователем данного требования, в случаях, когда в таких платежных документах содержится информация, предусмотренная п. 4.8, п. 5.2 настоящих Правил страхования.

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

6.10.

В случае утери договора страхования, заключенного в порядке, предусмотренном в подп. 6.1.1 или 6.1.3 настоящих Правил страхования, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр договора страхования считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

В случае заключения договора страхования в порядке, предусмотренном в п. 6.1.3 Правил страхования, при обращении Страхователя по вопросам выдачи дубликата Страховщик вправе потребовать представления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя, и не осуществлять выдачу дубликата без удовлетворения Страхователем данного требования.

6.11.

Страховщик вправе предусмотреть на

своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов/сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т. ч. случаи и порядок создания и отправки указанной в

настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с требованиями законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства и указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7.

ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1.

Действие договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

7.1.1.

при исполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

7.1.2.

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

7.1.3.

по инициативе Страховщика на основании п. 4.11 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты

окончания льготного периода;

7.1.4.

если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В частности, в случае смерти единственного по договору страхования Застрахованного лица;

7.1.5.

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

7.1.6.

в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.2.

При одностороннем отказе Страхователя от договора страхования до его вступления в силу договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием

всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.5 Правил, в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

7.3.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подп. 7.1.2 и 7.1.3 настоящих Правил страхования, а также в иных случаях (если предусмотрены договором страхования) Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица его наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения договора страхования. При этом возврат уплаченной страховой премии не производится.

7.4.

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

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

7.5.

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

7.5.1.

Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

7.5.2.

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

7.5.3.

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

7.5.4.

Платежные документы, которые должны находиться в распоряжении Страхователя (представляются, если Страховщик не заявил об ином).

7.5.5.

В случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.4, 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.6.

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

7.7.

Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения договора страхования, отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

8.

ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ

8.1.

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страховым рискам **«дожитие до окончания договора»**, **«первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»**, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

8.1.1.

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

8.1.2.

В отношении страховых рисков **«первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»** – в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

8.2.

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страховым рискам **«дожитие до окончания договора»**, **«первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»**, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.2.1.

Страховой полис.

8.2.2.

Платежные документы, указанные в п. 6.1.3. настоящих Правил страхования (предоставляются по требованию Страховщика).

8.2.3.

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

8.2.4.

Документ, удостоверяющий личность заявителя.

8.2.5.

Если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследника)) и/или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака).

8.2.6.

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

8.2.7.

Документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативных правовых актов в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

8.2.8.

Дополнительно к указанному в пп. 8.2.1 – 8.2.7 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие до окончания договора»** предоставляется:

– документ, свидетельствующий о нахождении Застрахованного лица в живых: свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершение таких действий органом/должностным лицом), или, по согласованию со Страховщиком, надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного лица или выписка из него. При этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента заверения копии/выписки.

8.2.9.

Дополнительно к указанному в пп. 8.2.1 – 8.2.7 настоящих Правил по страховым рискам **«первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)», «первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

- медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информации, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенным в этой связи документом является выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;
- документы, содержащие информацию, подтверждающую диагноз в соответствии с требованиями, изложенными в подп. 1.4.3 или 1.4.4 Правил страхования (предоставляется в случае

отсутствия данной информации в документах, предоставляемых согласно предыдущему абзацу).

8.3.

Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в т. ч. основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанных в настоящем подпункте экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в т. ч. в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 8.2 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.4.

Указанный в п. 8.2 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.

8.5.

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

8.6.

Страховые выплаты по страховым рискам **«дожитие до окончания договора»** и **«первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»** осуществляются одновременно в размере 100 % (ста процентов) страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему риску.

8.7.

В случае наступления страхового случая по страховому риску **«первичное диагностирование злокачественного онкологического заболевания (с освобождением от уплаты взносов)»** Страхователь освобождается от обязанности уплачивать страховой (-ые) взнос (-ы) по договору страхования. При этом:

8.7.1.

Освобождение от уплаты взносов наступает с даты оплаты очередного страхового взноса, непосредственно следующей за датой принятия Страховщиком решения о страховой выплате согласно п.п. 8.8, 8.9 настоящих Правил страхования.

8.7.2.

Страховые выплаты, не связанные с оплатой страхового (-ых) взноса (-ов), не производятся.

8.8.

Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем, а также об осуществлении или об отказе в страховой выплате, Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил

страхования, договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

8.9.

По страховым рискам **«дожитие до окончания договора»**, **«первичное злокачественное онкологическое заболевание (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта»** Страховщик принимает решение, указанное в п. 8.8 Правил страхования, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов и в тот же срок производит страховую выплату/освобождает от уплаты взносов (когда применимо) или направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

8.10.

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

В случае принятия решения об отказе в страховой выплате и/или непризнании события страховым случаем Страховщик в срок, установленный для осуществления отказа, направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

9.

ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1.

При наступлении страхового случая и отсутствии оснований, предусмотренных в п. 10.2 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты

организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программами №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо)), и

оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу. При этом:

9.1.1.

Страховщик производит оплату медицинским и иным организациям в соответствии с заключенными с ними договорами (в т.ч. в сроки и в порядке, которые установлены указанными договорами).

9.1.2.

Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг в течение срока, установленного в Программах №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо). При этом выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией).

9.1.3.

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

9.1.4.

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

9.1.5.

Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц обеспечивает

ознакомление Страхователя с условиями организации оказания медицинских и иных услуг любыми доступными Страховщику способами (в т.ч. посредством информационных материалов и/или официального сайта Страховщика в сети «Интернет»).

9.1.6.

Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения) или до даты их фактического оказания, когда в течение срока страхования Страховщик признал событие страховым случаем и принял решение об оплате определенных медицинских и иных услуг, но на дату окончания срока страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

9.2.

Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или стоимостью самих услуг, в пределах лимитов ответственности, установленных Программами №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо).

9.3.

Перечень документов и/или сведений, необходимых для рассмотрения произошедшего события, принятия по нему решения и/или организации предоставления Застрахованному лицу медицинских и/или иных услуг, указывается в Программах №№ 1 – 4. При этом Страховщик может реализовать права, установленные п. 8.3 Правил страхования.

10.

ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1.

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

10.1.1.

Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.

10.1.2.

Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

10.1.3.

Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

10.1.4.

Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

10.2.

Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

10.2.1.

Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования или Программах №№ 1 – 4).

10.2.2.

Событие произошло до начала или

после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).

10.2.3.

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

10.2.4.

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

10.2.5.

При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программе №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо).

10.2.6.

По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

11.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1.

Страховщик обязан:

11.1.1.

Ознакомить Страхователя с настоящими

Правилами страхования (включая приложения).

11.1.2.

Предоставить по требованию

Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.1.3.

При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести исполнение по договору страхования в соответствии с разделами 8, 9 и Программами № 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо).

11.2.

Страховщик имеет право:

11.2.1.

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

11.2.2.

Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

11.2.3.

Осуществлять иные действия для исполнения положений договора страхования.

11.3.

Страхователь обязан:

11.3.1.

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

11.3.2.

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

11.3.3.

Незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений, предоставленных Страховщику при заключении договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет

соответствующие сведения в течение дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

11.3.4.

Ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по договору страхования, а также с условиями организации оказания медицинских и иных услуг.

11.4.

Страхователь имеет право:

11.4.1.

Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки.

11.4.2.

Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.4.3.

Получить дубликат Страхового полиса в случаях и в порядке, установленных п. 6.10 Правил страхования.

11.4.4.

Досрочно расторгнуть договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика.

11.4.5.

Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

11.5.

Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования (включая приложения к ним) и/или договором страхования и/или действующим законодательством Российской Федерации.

11.6.

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

12.

ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Все споры, возникающие между Сторонами по договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь

взаимного согласия споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ

13.1.

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

13.2.

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

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

13.2.1.

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

13.2.2.

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

13.2.3.

Для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения

возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей.

13.2.4.

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

13.2.5.

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

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

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

Страховщик обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения выполнения указанных обязанностей. При этом Страховщик самостоятельно определяет состав и перечень мер, необходимых и достаточных для обеспечения выполнения обязанностей. В частности, Страховщик при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их

принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования,

предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 1

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские услуги в объеме, предусмотренном в разделе 3 настоящей Программы добровольного медицинского страхования № 1 (далее также – «Программа № 1»), но не более страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующему страховому риску (лимит ответственности Страховщика).

1.2. В настоящей Программе № 1 используются следующие понятия:

1.2.1. Под **лабораторными исследованиями** понимаются: гематологические исследования; бактериоскопические исследования; биохимические исследования; вирусологические исследования; иммунологические исследования; клинко-морфологические (гистологические) исследования; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитологические исследования; цитохимические исследования.

1.2.2. Под **инструментальными исследованиями** понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография.

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

1.2.4. Под **медикаментами** понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; под **перевязочными средствами** понимается медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь — салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

1.2.5. К **медицинским расходным материалам** относят предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

1.2.6. Под **медицинскими приборами** и **устройствами** понимаются экзопротезы молочной железы, установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре.

РАЗДЕЛ 2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ ПО ПРОГРАММЕ № 1

Страховым случаем в рамках действия Программы № 1 с учетом определений и исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (в т.ч. Программой № 1), является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг вследствие **«Злокачественного онкологического заболевания»**, диагностированного впервые в течение срока страхования.

Под «Злокачественным онкологическим заболеванием» понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное врачом-специалистом Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода (-ов)). В определение «Злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включается: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома. При этом в определение «Злокачественное онкологическое заболевание» не включаются (и в связи с этим Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских услуг):

- 2.1. злокачественная опухоль кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM;
- 2.2. злокачественная опухоль предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;
- 2.3. карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания;
- 2.4. базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;
- 2.5. хронический лимфоцитарный лейкоз стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);
- 2.6. папиллярный рак щитовидной железы;
- 2.7. неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный, как имеющий стадию TaNOM0 или меньше;
- 2.8. любые виды злокачественных новообразований, протекающие на фоне ВИЧ – инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

РАЗДЕЛ 3. ОБЪЕМ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ № 1

Предоставляемые услуги
3.1. Злокачественное онкологическое заболевание (раздел 2 Программы №1):
3.1.1. Стационарная помощь:
Прием врачей узкого и широкого профиля, оказание квалифицированной медицинской помощи

Предоставляемые услуги
Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные, патоморфологические, инструментальные исследования
Лечение в т.ч.: хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
Выполнение лечебных процедур средним медицинским персоналом и уход младшим медицинским персоналом
Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
Анестезия, обезболивающие препараты при условии их назначения врачом
Кровь, препараты крови, плазма, сыворотка, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом
Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
Имплантация необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов
Медицинские приборы и устройства
Пребывание в палате стационара (включая питание)
Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
Пребывание в палате стационара с целью диагностического обследования
3.1.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь
Врачебная медицинская помощь
Хирургическое лечение в амбулаторно-поликлинических условиях
Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные, патоморфологические, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара.
Лечение, в т.ч. химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия, радиоизотопное лечение
Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом

РАЗДЕЛ 4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ № 1

4.1. Для получения услуг, предусмотренных Программой № 1, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить следующие сведения и/или документы:

4.1.1. страховой полис или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата оплаты первого взноса);

4.1.2. предоставляется по требованию — платежные документы об оплате страховых

вносов, предусмотренные п. 6.1.3 Правил страхования;

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

4.1.4. документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;

4.1.5. если применимо, документы, подтверждающие право на получение услуг по Программе № 1 (например, свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака);

4.1.6. предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;

4.1.7. сведения и/или документы медицинского характера, необходимые и достаточные для оказания услуг. При этом Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо о том, какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить.

4.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывается в оказании) медицинских услуг, предусмотренных Программой № 1, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов/сведений или запрашивает необходимые документы/сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

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

РАЗДЕЛ 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Не признается страховым случаем (исключения из страхования) и в связи с этим не влечет за собой обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинские услуги по Программе № 1 следующие обращения Застрахованного лица:

5.1.1. в связи с заболеваниями, не предусмотренными настоящей Программой № 1 и (или) диагностированными Застрахованному лицу до начала или после окончания срока страхования;

5.1.2. не назначенных ему врачом-специалистом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;

5.1.3. в медицинских и иных организациях, которые не были выбраны Страховщиком (сервисной компанией) или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

5.1.4. во время пребывания в исправительных учреждениях и/или местах содержания под стражей.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 2

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы добровольного медицинского страхования № 2 (далее также – «Программа № 2») в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика:

Срок действия договора страхования	Предельное количество страховых случаев	
	В течение полисного года	В течение срока действия договора
7 лет	не более 1	не более 3 (трех)
10 лет		не более 4 (четырёх)
15 лет		не более 5 (пяти)

При наличии по договору страхования нескольких Застрахованных лиц лимиты ответственности Страховщика применяются отдельно по каждому Застрахованному лицу.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы № 2 является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой № 2, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в размере, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (при наличии).

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕМ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ №2

2.1. В объем услуг, предоставляемых в рамках Программы № 2, входят услуги, в отношении которых соблюдаются следующие условия:

2.1.1. возможность отказаться от оказания согласованных услуг, указанных в п. 2.2 настоящей Программы № 2, не менее чем за 24 часа до начала оказания услуг неограниченное число раз. В этом случае Страховщик или сервисная компания (если привлекается Страховщиком для организации оказания таких услуг) организует оказание Застрахованному лицу услуг, из числа указанных в п. 2.2 настоящей Программы № 2, в иной, согласованный с Застрахованным лицом срок;

2.1.2. услуги из числа указанных в п. 2.2 Программы № 2, в отношении которых Застрахованное лицо отказалось повторно в срок менее 24 часов до начала оказания услуг, не входят в объем предоставляемых по Программе № 2 и не организуются Страховщиком/сервисной компанией.

При этом в настоящей Программе № 2 под началом оказания услуг понимается дата

и время (если было установлено), которое было назначено Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг, из числа предусмотренных в п. 2.2 настоящей Программы № 2, в медицинской организации, привлеченной Страховщиком / сервисной компанией в соответствии с п. 2.4 настоящей Программы № 2 для оказания таких услуг Застрахованному лицу.

2.2. Услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы № 2:

2.2.1. Медицинское обследование в объеме:

	Название услуги
Консультация врача	Прием и консультация врача – терапевта
Лучевая диагностика	Rg-графия органов грудной клетки
Услуги лаборатории	Взятие крови из вены
Клинический анализ крови	Общий анализ крови
	Лейкоцитарная формула
	СОЭ
Клиническое исследование мочи	Общий анализ мочи (с микроскопией осадка)
Консультация узкого специалиста	Прием и консультация врача – онколога
Онкомаркёры	Са 125 (Углеводный антиген 125)
	ПСА (Простатический специфический антиген)
Ультразвуковое исследование	УЗИ матки и яичников
	УЗИ молочных желез
	УЗИ предстательной железы
Биохимический анализ кала	Кал на скрытую кровь

2.2.2. Прием и консультация врача-терапевта с проведением осмотра.

2.2.3. Прием и консультация врача-онколога по направлению врача-терапевта.

2.2.4. Дополнительное обследование, в случае если по результатам медицинского обследования, указанного в настоящей Программе № 2, врач-онколог рекомендует проведение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований с целью уточнения диагноза злокачественного онкологического заболевания. Дополнительные обследования проводятся в объеме, назначенном врачом-онкологом.

2.2.5. Предоставление Застрахованному лицу заключения по результатам обследования, проведенного согласно п. 2.2.1 настоящей Программы № 2.

2.3. Если иное не установлено договором страхования, территорией оказания услуг, предусмотренных Программой № 2, является Российская Федерация.

РАЗДЕЛ 3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ № 2

3.1. Для получения услуг, предусмотренных Программой № 2, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить следующие сведения и/или документы:

3.1.1. страховой полис или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата оплаты первого взноса);

- 3.1.2. предоставляется по требованию — платежные документы об оплате страховых взносов, предусмотренные п. 6.1.3 Правил страхования;
- 3.1.3. предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- 3.1.4. документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;
- 3.1.5. если применимо, документы, подтверждающие право на получение услуг по Программе № 4 (например, свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака);
- 3.1.6. предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;
- 3.1.7. предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по Программе № 2.
- 3.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных Программой № 2, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов/сведений или запрашивает необходимые документы/сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 3

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы добровольного медицинского страхования № 3 (далее также – «Программа № 3») в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика:

1.1.1. не более 2 страховых случаев в течение полисного года;

1.1.2. не более размера страховой суммы, установленной по договору страхования по соответствующему страховому риску, в течение каждого полисного года.

При наличии по договору страхования нескольких Застрахованных лиц лимиты ответственности Страховщика применяются совокупно по всем Застрахованным лицам (в целом по договору страхования).

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы № 3 является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой № 3, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, в связи с которым вынесено первое медицинское мнение, с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (при наличии).

1.3. В настоящей Программе № 3 используются следующие понятия:

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

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

1.3.3. **История болезни** – медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях Застрахованного лица, о результатах клинико-лабораторных и инструментальных обследованиях, о назначенном и проведенном ему лечении и его эффективности.

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

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

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

РАЗДЕЛ 2.ОБЪЕМ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ № 3

2.1. Программа № 3 включает в себя медицинские услуги и иные услуги из числа указанных в настоящем разделе в области медицины – Онкология.

При этом наличие первого медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным.

2.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу в рамках настоящей Программы № 3:

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения при соблюдении следующих условий:

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

2.2.1.2. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение и/или комментарии врача-специалиста о состоянии здоровья Застрахованного лица, о правильности установленного диагноза, указанного в первом медицинском мнении, комментарии и/или рекомендации в отношении выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения, в соответствии с направленным ему запросом на получение второго экспертного медицинского мнения.

2.2.2. Предоставление Застрахованному лицу сопутствующих медицинских услуг:

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

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

2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг: консультационные услуги в связи с заболеванием, в отношении которого Застрахованному лицу представляется второе экспертное медицинское мнение в соответствии с настоящей Программой № 3:

- 2.2.3.1. консультирование по выбору профильного медицинского учреждения в России;
- 2.2.3.2. консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;
- 2.2.3.3. консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- 2.2.3.4. поддержка по организации для Застрахованного лица сопутствующих медицинских услуг, предусмотренных в п. 2.2.2 настоящей Программы № 3.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ № 3

3.1. Застрахованное лицо в целях получения второго экспертного медицинского мнения обращается к Страховщику любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт обращения и его дату.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных Программой № 3, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить следующие сведения и/или документы:

3.2.1. страховой полис или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата оплаты первого взноса);

3.2.2. предоставляется по требованию — платежные документы об оплате страховых взносов, предусмотренные п. 6.1.3 Правил страхования;

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

3.2.4. документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;

3.2.5. если применимо, документы, подтверждающие право на получение услуг по Программе № 3 (например, свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака);

3.2.6. предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;

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

3.3. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных Программой № 3, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов/сведений или запрашивает необходимые документы/сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

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

3.3. Срок оказания услуг, предусмотренных Программой № 3:

3.3.1. 14 (четырнадцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы № 3, кроме случаев, указанных в п. 3.3.2 настоящей Программы № 3;

3.3.2. 30 (тридцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы № 3, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго экспертного медицинского мнения.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 4

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские услуги в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы добровольного медицинского страхования № 4 (далее также – «Программа № 4»), в рамках следующих лимитов ответственности Страховщика: не более страховой суммы, установленной по договору страхования по соответствующему страховому риску, за каждый полисный год совокупно по всем обращениям в отношении всех Застрахованных лиц.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы № 4 является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой № 4, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, в количестве, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (в т.ч. Программой № 4).

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕМ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ № 4

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

2.2. Дистанционные медицинские консультации включают в себя:

2.2.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом¹, находящимся в данный момент в системе онлайн в режиме: круглосуточно (24/7/365);

2.2.2. плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;

2.2.3. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам дистанционной медицинской консультации;

2.2.4. психологическая поддержка Застрахованного лица, которому диагностировано в течение срока страхования злокачественное онкологическое заболевание, признанное страховым случаем по договору страхования.

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

РАЗДЕЛ 3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ № 4

¹ Для Застрахованных лиц в возрасте от 1 дня до 17 лет (включительно) – врач-педиатр, для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет и старше – врач-терапевт.

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

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

3.3. Для получения услуг, предусмотренных Программой № 4, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

3.3.1. предоставить следующие сведения и/или документы:

- страховой полис или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата оплаты первого взноса);
- предоставляется по требованию — платежные документы об оплате страховых взносов, предусмотренные п. 6.1.3 Правил страхования;
- предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;
- если применимо, документы, подтверждающие право на получение услуг по Программе № 4 (например, свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака);
- предоставляется по требованию – надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);
- предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;
- предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по Программе № 4.

3.3.2. зарегистрироваться в онлайн-ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе № 4, когда это предусмотрено порядком, указанным выше в п. 3.2.

3.4. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских услуг, предусмотренных Программой № 4, в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых документов/сведений или запрашивает необходимые документы/сведения. В последнем случае срок организации оказания (или отказа в оказании) услуг соразмерно увеличивается.

РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

Не признается страховым случаем (исключения из страхования) и в связи с этим не влечет за собой обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинские услуги по Программе № 4 следующие обращения Застрахованного лица:

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Программой № 4.

4.2. Обращение Застрахованного лица за оказанием дистанционных медицинских консультаций иных специалистов, кроме указанных в Программе № 4.

4.3. Обращение за оказанием дистанционной медицинской консультации Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

- 4.4. Обращение Застрахованного лица по вопросам:
- 4.4.1. по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;
 - 4.4.2. для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.
- 4.5. Обращение Застрахованного лица касательно состояний Застрахованного лица, связанных:
- 4.5.1. с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;
 - 4.5.2. с любыми видами фобий;
 - 4.5.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;
 - 4.5.4. с расстройствами сексуального характера.
- 4.6. Обращение Застрахованного лица в связи со следующими заболеваниями:
- 4.6.1. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - 4.6.2. туберкулез;
 - 4.6.3. заболевания, передающиеся половым путем;
 - 4.6.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.

