

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ  
НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
(в редакции от 02 октября 2023 года)**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски, страховые случаи
5. Исключения из объема страхового покрытия
6. Страховые суммы, страховая премия, страховой тариф
7. Срок действия Договора страхования
8. Порядок заключения, изменения и исполнения Договора страхования
9. Права и обязанности Сторон
10. Определение размера и порядок осуществления страховых выплат
11. Перечень документов, предоставляемых при наступлении страхового случая
12. Прекращение действия Договора страхования
13. Валюта Договора страхования
14. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)
15. Порядок разрешения споров
16. Обработка персональных данных

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

1. Список критических заболеваний

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании Правил страхования на случай диагностирования критических заболеваний (далее по тексту – Правила или Правила страхования) Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (далее по тексту – Страховщик) заключает договоры страхования (далее по тексту – Договор или Договор страхования) с физическими и юридическими лицами, а также индивидуальными предпринимателями (далее по тексту – Страхователи), в соответствии с которыми производит страховые выплаты при наступлении страховых случаев, оговоренных в Договоре страхования, в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в Договоре страхования лица (Застрахованного).

1.2. По Договору страхования Страховщик обязуется, независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, причитающихся по обязательному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и в порядке возмещения вреда по законодательству Российской Федерации, при наступлении страхового случая в жизни Застрахованного осуществить страховую выплату.

1.3. Добровольное медицинское страхование (далее – ДМС) осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования.

1.4. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования.

1.5. В целях настоящих Правил страхования 1-м (первым) днем для отсчета сроков, указанных в Правилах для осуществления Страховщиком его обязательств, является следующий день (рабочий или календарный в зависимости от того в каких днях установлен срок) после возникновения у Страховщика обязательств по их исполнению.

1.6. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

**Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор страхования, а также Страхователь, Застрахованный и/или Выгодоприобретатель по заключенному Договору страхования.

**Болезнь** – нарушение состояния здоровья Застрахованного, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным специалистом (врачом) на основании объективных симптомов впервые после вступления Договора страхования в силу либо явившееся следствием внезапного непредвиденного обострения хронического заболевания, а также осложнений после врачебных манипуляций.

**Предшествовавшее состояние** – любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного/Страхователя уже было диагностировано на момент заключения Договора страхования, либо проявлявшееся в течение 12 (двенадцати) месяцев до заключения Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

**Критическое заболевание** – заболевание, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного, приводящее к инвалидности и характеризующееся чрезвычайно высоким уровнем смертности. Перечень критических заболеваний для целей настоящих Правил устанавливается в Списке критических заболеваний (Приложение №1 к Правилам) либо, в случае если Договором страхования предусмотрено лечение в связи с диагностированием критического заболевания, перечень критических заболеваний устанавливается в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору страхования. Конкретный Список критических заболеваний и/или конкретная Программа добровольного медицинского страхования применяется в отношении конкретного страхового риска и конкретного Застрахованного и указывается в Договоре страхования.

**Андеррайтинг** – оценка страхового риска с целью определения условий страхования и определения страхового тарифа.

**Декларация о состоянии здоровья и факторах риска (декларация)** – составная часть Договора страхования о состоянии здоровья Застрахованного и об отсутствии у него

медицинских, профессиональных и прочих факторов риска, требующих индивидуальной оценки Страховщиком для определения условий страхования.

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

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

**Страховая сумма** – денежная сумма или способ определения денежной суммы, установленная Договором по страховому риску, исходя из которой определяется размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

**Страховая выплата** – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования. Страховая выплата может осуществляться Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору страхования.

**Занятие спортом на профессиональном уровне** – систематические занятия каким-либо видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие тренировки и/или участие в спортивных соревнованиях с целью получения спортивного звания и разряда, и/или с целью получения дохода.

**Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа или Медицинская программа)** – перечень медицинских и иных услуг в рамках Договора страхования.

Полный перечень медицинских и иных услуг определяется конкретной Программой, которая является неотъемлемой частью Договора страхования.

**Ассистанская компания (сервисная организация)** – специализированная организация, которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, оказывает Страховщику услуги координатора (организатора) оказания услуг Застрахованным Страховщика и/или по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования.

**Врач** – специалист с законченным и надлежащим образом, зарегистрированным высшим медицинским образованием, имеющий действующий сертификат специалиста, не являющийся Застрахованным / родственником Застрахованного и/или Выгодоприобретателем / родственником Выгодоприобретателя и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

**Медицинская организация** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании действующей лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

**Аптечные организации** – юридические лица любой организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление фармацевтической деятельности, полученной в соответствии с законодательством государства, на территории которого осуществляется фармацевтическая деятельность.

**Медицинские услуги** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение. Конкретный объем медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору, указывается в соответствующей Программе.

**Иные услуги** – услуги, не входящие в состав медицинских услуг, связанные с оказанием и организацией оказания медицинских услуг, в частности, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору, указывается в Программе.

**Телемедицина** – комплекс организационных, технологических мероприятий, обеспечивающих предоставление дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

**Территория страхования** – страна или иная конкретно обозначенная территория, указанная в Договоре страхования и/или в Программе, в пределах которой действует страховая защита. В случае если в Договоре страхования или в Программе не указана территория страхования, страховое покрытие действует по всему миру.

**Период охлаждения** – период времени, в течение которого Страхователь (физическое лицо) вправе отказаться от Договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии частично либо в полном объеме, при условии, что на дату отказа от Договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая.

**Период ожидания** – период времени, в течение которого страховое покрытие не распространяется на события, произошедшие с Застрахованным, и в течение которого Страховщик не несет ответственности по событиям, происходящим с Застрахованным. Период ожидания может быть установлен как по Договору страхования в целом, так и по отдельным рискам. При пролонгации либо заключении Договора страхования на новый срок в отношении того же Застрахованного на аналогичных условиях период ожидания в отношении Застрахованного, являвшегося Застрахованным ранее по Договору, не будет действовать.

**Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы)** – под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, пугчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействие ядерной энергии, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, и иные действия органов государственной власти, приводящие к невозможности исполнения обязательств сторонами Договора страхования, в том числе вступление в силу соответствующих законодательных и подзаконных актов Российской Федерации.

## **2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности.

2.2. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя), юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее Договор страхования в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в Договоре страхования физического лица (Застрахованного). Если по Договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя, то он одновременно является Застрахованным.

2.3. **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен и действует Договор страхования, по которому объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью данного лица и/или связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их.

2.4. **Выгодоприобретатель** – одно или несколько лиц, которые назначаются Страхователем с письменного согласия Застрахованного для получения страховых выплат по Договору страхования.

2.4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по всем рискам Выгодоприобретателем является Застрахованный.

2.4.2. По рискам страхования жизни (п. 4.1.1 Правил) Страхователь вправе назначать, заменять Выгодоприобретателей с письменного согласия Застрахованного до наступления страхового случая в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Выгодоприобретатель не может быть заменен после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

2.4.3. По рискам медицинского страхования (п. 4.1.2 Правил) Выгодоприобретателем всегда является только Застрахованный по этим рискам.

### **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации:

3.1.1. имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного, а также с его смертью (страхование жизни – риск, указанный в п. 4.1.1 Правил);

3.1.2. имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их (медицинское страхование – риск, указанный в п. 4.1.2 Правил).

3.2. Территория страхового покрытия: страховое покрытие действует 24 (двадцать четыре) часа в сутки, в течение срока страхования. Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование распространяется только на страховые случаи, происшедшие с Застрахованным в пределах определенной территории, периода времени или при условии наступления других обстоятельств, указанных в Договоре страхования.

### **4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

4.1. Страховыми рисками признаются следующие предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование, произошедшие в период действия Договора (за исключением наступивших при обстоятельствах, перечисленных в п. 5 Правил):

4.1.1. Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания;

4.1.2. Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг;

4.2. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязательство Страховщика осуществить страховую выплату (за исключением событий, указанных в п. 5 Правил).

4.2.1. По риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, страховым случаем является установление Застрахованному диагноза критического заболевания впервые в жизни после вступления Договора страхования в силу в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску, в соответствии со Списком критических заболеваний (Приложение №1 к Правилам).

4.2.2. По риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока страхования по данному риску в медицинское или иное учреждение, предусмотренное Договором страхования, либо в медицинское или иное учреждение по согласованию и направлению Страховщика для получения медицинской помощи, предусмотренной Программой (Приложение к Договору страхования), вследствие расстройства здоровья Застрахованного и/или состояния Застрахованного, требующего организации и оказания медицинской помощи (в т. ч. проведения профилактических мероприятий), повлекшее возникновение расходов у Застрахованного по оплате оказанных ему услуг.

4.3. Страхование, осуществляемое в рамках данных Правил по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, относится к следующему виду страхования: **страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события**. Страхование, осуществляемое в рамках данных Правил по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, относится к следующему виду страхования: **медицинское страхование**.

4.4. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Договором страхования.

## **5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ**

5.1. Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, если страховой случай наступил вследствие:

- 5.1.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного;
- 5.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 5.1.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 5.1.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5.2. Страховщик имеет право не применять положения, указанные в п.п. 5.1.3 и 5.1.4 Правил. Порядок и условия осуществления страховой выплаты в данном случае определяются внутренним решением (документом) Страховщика, зафиксированным (утвержденным) на дату принятия решения о страховой выплате.

5.3. Страховым случаем не признается событие:

5.3.1. которое находится в прямой причинно-следственной связи с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением (отравлением) Застрахованного;

5.3.2. наступившее в следствие заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, в том числе алкогольная кардиомиопатия, хронический алкоголизм, алкогольный цирроз печени, алкогольный панкреатит, алкогольная жировая дистрофия печени и другие, наркотических или токсических веществ;

5.3.3. наступившее вследствие социально значимого заболевания, диагностированного до заключения Договора страхования, в отношении которого Страхователь при заключении Договора страхования сообщил ложные сведения (перечень социально значимых заболеваний: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, а также сердечно-сосудистые заболевания, цирроз печени);

5.3.4. наступившее в следствие заболевания, имевшегося у Застрахованного на дату заключения Договора страхования (предшествовавшее состояние), при условии, что Страховщик не был уведомлен о наличии этого заболевания при заключении Договора страхования.

5.4. Страховым случаем не признается событие, прямой или косвенной причиной которого являются:

5.4.1. управление Застрахованным транспортным средством любой категории, когда Застрахованный не имеет права управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца, которое имеет силу на территории государства, где произошло событие, имеющее признаки страхового случая), либо управление Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или под воздействием медикаментозных препаратов, использование которых противопоказано при управлении транспортным средством, в случае если установлена прямая причинно-следственная связь между наличием опьянения / воздействия препаратов и произошедшим событием;

5.4.2. участие в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

5.4.3. занятие Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, если это не было указано в заявлении на страхование при заключении Договора страхования и не был применен повышающий коэффициент при расчете страховой премии;

5.4.4. занятие Застрахованным видами спорта или увлечениями, о которых Застрахованный не сообщил Страховщику / не указал в заявлении на страхование при заключении Договора страхования, а также в процессе его действия, при условии наличия со стороны Страховщика вопроса о таких видах спорта, увлечениях;

- 5.4.5. занятие Застрахованным опасными (экстремальными) видами спорта и хобби, связанными с повышенным риском для жизни и здоровья: прыжки с парашютом, дайвинг (на глубину свыше 25 (двадцати пяти) метров), кайтинг, рафтинг, бейсджампинг, вейкбординг, аквабайк, «Формула-1» на воде, маунтинбайк, скайсерфинг, альпинизм, скалолазание, BMX (Modified Bike X-treme), конный спорт, гребной слалом, фристайл, прыжки на лыжах с трамплина, авиационный спорт, поло (конное поло), подводное ориентирование, подводная охота, апноэ (фридайвинг), акватлон (подводная борьба), спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5-й категории сложности, спортивный сплав, банджи-джампинг, воздухоплавание на воздушных шарах, занятия контактными единоборствами, охота, родео, авто- и мотоспорт, спелеология, парапланеризм, дельтапланеризм, если это прямо не предусмотрено в Договоре страхования;
- 5.4.6. преднамеренное нанесение или попытка нанесения Застрахованным себе увечий, вне зависимости от его психического состояния, или преднамеренного нанесения Застрахованному увечий каким-либо лицом с его согласия вне зависимости от психического состояния Застрахованного;
- 5.4.7. прием лекарственных препаратов или проведение медицинских процедур без назначения врача, за исключением принятия лекарственных препаратов, зарегистрированных Минздравом Российской Федерации, находящихся в свободной продаже, в случае их использования в соответствии с инструкцией по применению.
- 5.5. Не признается страховым случаем первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания до истечения периода ожидания, установленного в Договоре страхования и/или Программе.
- 5.6. Не признаются страховым случаем и исключаются из страхового покрытия:
- 5.6.1. заболевания и состояния, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 5.6.2. злокачественные новообразования, протекающие на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
- 5.6.3. родовые травмы и/или врожденные пороки развития любого вида;
- 5.6.4. злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые;
- 5.6.5. злокачественная меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением менее 1 мм или, которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM (класс A1 согласно классификации AJCC, 2002);
- 5.6.6. любой первичный рак, а также заболевания кожи следующих типов:
- а. гиперкератоз и базально-клеточная карцинома,
  - б. плоскоклеточная карцинома при отсутствии прорастания в другие ткани;
- 5.6.7. рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или, который развился до 6 баллов (включая) по шкале Глисона;
- 5.6.8. папиллярный рак щитовидной железы, не выходящий за пределы органа;
- 5.6.9. катетеризация сердца (в т. ч. ангиография);
- 5.6.10. оперативные вмешательства на сердечных клапанах в связи с врожденными пороками;
- 5.6.11. церебральные расстройства вследствие травмы;
- 5.6.12. сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;
- 5.6.13. преходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью не более 24 (двадцати четырех) часов;
- 5.6.14. лакунарные инсульты без неврологической симптоматики;
- 5.6.15. хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями/состояниями, вызванными травматическими повреждениями, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами;
- 5.6.16. хирургические операции по трансплантации, если трансплантация таких органов и/или их долей не предусмотрена Договором и/или Правилами, и/или Программой;

- 5.6.17. хирургические операции по трансплантации, если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
- 5.6.18. трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
- 5.6.19. трансплантация органов, если Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;
- 5.6.20. трансплантация органов, если включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);
- 5.6.21. легочные формы туберкулеза;
- 5.6.22. почечная форма системной красной волчанки в виде волчаночного нефрита (Люпус) с морфологическими изменениями ткани почек I – II класса по классификации Всемирной организации здравоохранения;
- 5.6.23. любые формы системной красной волчанки без поражения почек.
- 5.7. Дополнительно не является страховым случаем по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил:
- 5.7.1. обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, которые не предусмотрены Программой, и/или которые были назначены Застрахованному при отсутствии медицинских показаний, и/или которые назначены врачом медицинской организации, если эта медицинская организация не включена в Программу либо не согласована Страховщиком в качестве медицинской организации, которая оказывает медицинские и иные услуги Застрахованному в рамках его Программы либо, которые не были назначены Застрахованному или которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования, лечения, реабилитации заболевания/состояния, предусмотренного Программой;
- 5.7.2. обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг по поводу заболеваний/состояний, которые не предусмотрены Программой;
- 5.7.3. обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг вне сроков страхования, установленных по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, в Договоре страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных Договором или Программой, а также в течение периода ожидания, если период ожидания установлен в Договоре и/или Программе;
- 5.7.4. обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг по поводу заболеваний/состояний, которые возникли до начала срока страхования, установленного в Договоре страхования по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, и до окончания периода ожидания, если такой период ожидания предусмотрен Договором и/или Программой, а также после окончания срока страхования по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, в том числе при досрочном прекращении Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором и/или Программой.
- 5.8. Дополнительно по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, если:
- 5.8.1. количество или частота обращений за оказанием медицинских и/или иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Программой;
- 5.8.2. назначенные Застрахованному медицинские или иные услуги являются по характеру экспериментальными или исследовательским.
- 5.9. Не признается страховым случаем по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, если Программой предусмотрены медицинские консультации/обследования (в том числе в дистанционном формате), обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, если:
- 5.9.1. на момент обращения Застрахованный находится в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- 5.9.2. на момент обращения Застрахованному требуется вызов экстренных служб (вызов скорой, в т. ч. скорой специализированной, медицинской помощи), в данном случае консультации оказываются только в рамках информирования о порядке действий при экстренной ситуации, согласно законодательству Российской Федерации;
- 5.9.3. обращение Застрахованного связано со следующими заболеваниями: психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их последствия, СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), острые и хронические лучевые поражения.



5.10. По риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, если Программой предусмотрено диагностирование, лечение критических заболеваний/состояний, указанных в Программе, не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением следующих медицинских или иных услуг в связи с:

5.10.1. нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях;

5.10.2. психиатрической помощью;

5.10.3. лечением врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

5.10.4. лечением врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника;

5.10.5. получением услуг, которые выполняются в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции/удаления молочной железы, проведенной в рамках Программы и в соответствии с ее условиями.

5.10.6. получением услуг, которые выполняются по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);

5.10.7. получением услуг, которые оказываются в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития;

5.10.8. заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

5.10.9. злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);

5.10.10. родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

5.11. По риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, если Программой предусмотрено лечение в виде реабилитации после перенесенных Застрахованным заболеваний/травм, предусмотренных Программой, не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением следующих медицинских или иных услуг в связи со следующими заболеваниями/состояниями и их осложнениями:

5.11.1. при которых противопоказаны методы лечения и восстановления, используемые в реабилитационном лечении;

5.11.2. при беременности;

5.11.3. полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, попыток суицида, при автомобильных, производственных и иных авариях, виновником которых был признан в установленном порядке Застрахованный или в которых имело место документально зафиксированное нарушение техники безопасности с его стороны;

5.11.4. минно-взрывная травма – огнестрельная сочетанная множественная травма, возникающая в результате влияния поражающих факторов взрыва инженерных, минных боеприпасов и сопровождающаяся глубокими и обширными разрушениями тканей и контузией;

5.11.5. функциональный дефицит при наличии зафиксированных в медицинской документации стойких неврологических нарушений, полученных до заключения Договора страхования в следствии заболеваний/травм, реабилитационное лечение которых предусмотрено Программой.

5.12. События, определенные в п. 5 Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия), в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательства осуществить страховую выплату.

5.13. В случае если при заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о состоянии здоровья, профессиональной деятельности и о занятиях спортом Застрахованного на момент заключения Договора страхования, Страховщик вправе отказать в страховой выплате и/или потребовать признания Договора недействительным в порядке, установленном действующим законодательством.

## **6. СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ**

6.1. Страховая сумма или способ ее определения устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования. Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску в Договоре страхования, а также совокупно по всем страховым рискам или части страховых рисков, в последнем случае страховая сумма называется единой.

6.2. Договором страхования могут быть предусмотрены лимиты страхового возмещения (по Договору в целом или по одному страховому случаю) в отношении отдельного вида медицинских и/или иных услуг и т. п.

6.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования в отношении каждого страхового риска, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

6.4. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, и может зависеть от состояния здоровья, пола, возраста Застрахованного, особенностей его трудовой деятельности, иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая, срока страхования, периодичности оплаты страховых взносов.

6.5. При страховании на срок более одного года страховая премия по Договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий (взносов) за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за неполный год определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам действия Договора страхования сверх полных лет действия.

6.6. Страховая премия уплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в соответствии с условиями, определенными в Договоре. Страховая премия уплачивается в размере и сроки, установленные Договором страхования.

6.7. В случае если страховая премия (первый страховой взнос) не была оплачена (была оплачена не полностью) в размере и сроки, установленные Договором страхования, то Договор страхования считается не вступившим в силу, и Страховщик обязуется произвести возврат поступивших денежных средств на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде, если иное не предусмотрено соглашением Сторон.

6.8. В случаях, если Договором страхования предусмотрен порядок уплаты страховой премии в рассрочку, Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса. Льготный период составляет 30 (тридцать) календарных дней и начинается с даты возникновения обязанности Страхователя по уплате очередного страхового взноса. В течение льготного периода Страховщик несет ответственность по Договору в полном объеме.

6.9. Если в течение льготного периода Страхователь не уплатил очередной страховой взнос (или уплатил не полностью), Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в порядке, установленном п. 12 Правил. Если страховой случай наступил в течение льготного периода, то Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты уменьшить ее на сумму задолженности по уплате страховых взносов.

6.10. Любая сумма, уплаченная Страховщику после того, как период оплаты премии истек или Договор страхования был расторгнут, не накладывает на Страховщика никаких обязательств, за исключением обязательства по возврату этой суммы.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Срок действия определяется в Договоре страхования.

7.2. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в Договоре страхования, и при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования.

7.3. Срок страхования по отдельным страховым рискам совпадает со сроком действия Договора страхования, если иное не указано в Договоре. Страхование оканчивается в 23 часа 59 минут 59 секунд последнего дня его действия. При этом досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования.

## **8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем Договора страхования или путем вручения Страхователю Договора страхования с Приложениями к Договору по установленной Страховщиком форме, подписанного Страховщиком. Договор может быть оформлен в бумажном виде либо в виде электронного документа, подписанного электронной подписью Страховщика и/или Страхователя с соблюдением требований Федерального закона 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

8.2. Для заключения, изменения и исполнения Договора страхования Страховщик запрашивает следующие документы и сведения:

8.2.1. заявление на страхование по установленной Страховщиком форме с приложениями и дополнениями к нему (если предусмотрено процедурой заключения Договора страхования либо в случае, когда Договор страхования подлежит индивидуальному андеррайтингу), включая (при необходимости) анкеты для целей Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, главы 20.1 Налогового кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA;

8.2.2. копии документов, идентифицирующих Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, а также полномочия лиц, действующих от их имени:

Для физического лица или индивидуального предпринимателя:

- для граждан Российской Федерации: паспорт гражданина Российской Федерации; свидетельство органов ЗАГС, органа исполнительной власти или органа местного самоуправления о рождении гражданина – для гражданина Российской Федерации, не достигшего 14 (четырнадцати) лет; общегражданский заграничный паспорт для лиц, постоянно проживающих за пределами Российской Федерации; временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта по форме 2-П; свидетельство из ЕГРИП; ИНН (если имеется); номер телефона (если имеется); сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности, и/или копии налоговой декларации);

- для иностранных граждан: паспорт иностранного гражданина с нотариально заверенным переводом, виза, миграционная карта; разрешение на временное пребывание/проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации; TIN (для налоговых резидентов стран, отличных от Российской Федерации);

- для лиц без гражданства: документ, удостоверяющий личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации.

Для юридического лица:

- свидетельство о присвоении индивидуального номера налогоплательщика (ИНН), выписка из ЕГРЮЛ, банковские реквизиты, место нахождения, почтовый и фактический адрес; свидетельство о присвоении основного государственного регистрационного номера; статистические коды осуществляемой деятельности (ОКВЭД), если они не указаны в выписке из ЕГРЮЛ, контактные номера телефона, факса, адрес электронной почты;

- документ, подтверждающий назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации, и/или доверенность, если интересы организации представляет иное лицо и документ, удостоверяющий его личность;

- учредительные документы;

- положения о представительстве / филиале / подразделении;

- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности);

8.2.3. копии квитанций или платежных поручений, подтверждающих оплату страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в полном размере;

8.2.4. сведения и/или документы, необходимые для андеррайтинга (оценки страховых рисков), установленные п. 8.3 Правил (если применимо);

8.2.5. сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные (в т. ч. номер мобильного телефона, адрес электронной почты), платежные реквизиты и др.);

8.2.6. сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные;

8.2.7. 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).

8.3. При заключении, изменении Договора страхования Страховщик проводит оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. В т. ч. при заключении Договора страхования может быть применена упрощенная процедура андеррайтинга при соответствии Застрахованного критериям декларации о состоянии здоровья и факторах риска, включенной в Договор страхования. Если будет установлено, что Застрахованный подтвердил соответствие критериям декларации подписью (или иным согласованным Сторонами способом) и при этом не соответствовал критериям декларации, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с момента заключения или отказать в страховой выплате.

8.3.1. Для оценки страхового риска Страховщик может потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья.

8.3.2. Для оценки страхового риска Страховщик может запросить у Страхователя следующие документы и сведения в отношении Застрахованного:

- должностные инструкции; копию трудового договора / копию трудовой книжки, заверенные отделом кадров; письменное пояснение о должностных обязанностях; письменное уточнение о смене профессии, места работы и причинах их изменений;

- заверенную выписку из Штатного расписания;

- дополнительные опросники по профессиональной деятельности Застрахованного;

- финансовую анкету;

- документы, подтверждающие доходы Страхователя/Застрахованного (налоговые декларации, справку 2-НДФЛ, 3-НДФЛ; справку в свободной форме с места работы, подписанную главным бухгалтером организации; информацию, подтверждающую источник происхождения денежных средств для уплаты страховой премии; письменное уточнение наличия дополнительного дохода и его источников; бухгалтерский баланс; отчет о прибылях и убытках; учредительные документы учреждения; свидетельство о государственной регистрации; ИНН юридического лица; результаты аудиторской проверки; договоры аренды);

- информацию о ранее заключенных договорах страхования;

- письменное уточнение о наличии/отсутствии убытков по ранее заключенным договорам страхования;

- отчет медицинского обследования;

- медицинское заключение врача-специалиста в зависимости от патологии, указанной в анкете, с приложением результатов лабораторных исследований (иммунологических, серологических, исследований выделительной функции почек), инструментальных (ультразвукового, рентгенологического, эндоскопического, гистологического исследований, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии);

- специальные опросники по заявленной патологии/заболеванию;

- протокол операции;

- листок нетрудоспособности; выписка из амбулаторной карты; выписка из истории болезни; обменная карта; выписной эпикриз из лечебного учреждения по месту получения медицинской помощи; акт о несчастном случае на производстве; справка из учреждения медико-социальной экспертизы (справка МСЭ); копия направления на МСЭ; акт о профессиональном заболевании; справки из диспансеров (психоневрологического, онкологического, кожно-венерологического, противотуберкулезного) о постановке/снятии с учета;

- результаты эндоскопических методов исследования;

- результаты электрофизиологических методов исследования;
- результаты ультразвуковых исследований;
- результаты томографии;
- результаты рентгенологических методов исследования;
- результаты лабораторных исследований крови, мочи, кала, мокроты, ликвора;
- серологическое исследование крови: маркеры вирусов гепатитов В, С, Д, Е;
- исследование крови на ВИЧ;
- анализ крови на ПСА;
- результаты исследований функции внешнего дыхания;
- данные гистологического исследования;
- результаты суточного мониторирования АД и ЭКГ;
- результаты офтальмологических исследований;
- анкету «Анкета путешествия / международной командировки»;
- опросник «Риски пребывания при поездках за рубеж»;
- опросники по видам спорта, документы, содержащие информацию, подтверждающую членство в спортивных клубах, наличие спортивных званий, наград;
- копию свидетельства о браке, свидетельство о перемене имени;
- копию решения кредитного комитета или кредитного договора, заверенные кредитным учреждением, копию договора инвестиционного займа;
- письменное пояснение о наличии страхового интереса Выгодоприобретателя в случае, если Выгодоприобретателем по Договору страхования назначено юридическое лицо/физическое лицо, не имеющее родственных отношений с Застрахованным;
- письменное пояснение о наличии/отсутствии воинского звания и права на ношение оружия;

- письменное пояснение о причинах выхода на пенсию до наступления пенсионного возраста, установленного законодательством Российской Федерации;
- письменное разрешение родителей / законных представителей Застрахованного на заключение Договора страхования, с предоставлением документов об установлении опеки.

8.3.3. При заключении Договора Страховщик вправе ограничить размер страховой суммы, срок страхования, перечень страховых случаев и изменить иные условия страхования по сравнению с предварительными условиями страхования, предоставленными Страхователю по его просьбе, в зависимости от наличия факторов, влияющих на степень страхового риска, в соответствии с условиями андеррайтинга, разработанными Страховщиком.

8.4. Форма предоставления указанных в п.п. 8.2, 8.3 Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, в т. ч. скан-копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п.п. 8.2, 8.3 Правил перечни сведений и документов являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иных документов и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным / Выгодоприобретателем.

8.5. Если будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) 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 в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.6. Если Страхователем / Застрахованным / Выгодоприобретателем указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п.п. 8.2, 8.3 Правил, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет Страхователя.

8.7. При наличии согласия Страхователя подписание Договора страхования 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.

8.8. Если Договор страхования заключается в форме оферты путем вручения Страхователю на основании его заявления (устного или письменного) Договора страхования, подписанного Страховщиком, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по информированию клиента об условиях страхования, акцептом Договора-оферты может являться:

8.8.1. факт оплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, указанные в Договоре;

8.8.2. совершение Страхователем иных действий, указанных в Договоре, в срок, установленный Договором для акцепта.

Способ акцепта устанавливается Договором страхования.

8.9. При заключении Договора могут быть использованы типовые формы страховой документации. По соглашению Сторон в типовые формы могут быть внесены изменения.

8.10. При заключении Договора Стороны вправе достичь соглашения об изменении, исключении или дополнении отдельных пунктов настоящих Правил, в том числе об изменении или исключении Приложений к Правилам (если Приложение к Правилам страхования не применяется в соответствии с условиями Договора страхования, оно может не вручаться Страхователю).

8.11. В случае утраты Страхователем Договора страхования, Страховщик на основании личного письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа. При повторной утрате Договора страхования в течение периода действия Договора страхования Страховщик имеет право взыскать со Страхователя расходы на оформление дубликата Договора страхования. После выдачи дубликата утраченный Договор считается недействующим, и никакие выплаты по нему не производятся.

8.12. 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 адресам и иным контактными данным Сторон, содержащимся в Договоре страхования или в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

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

8.12.2. 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.

8.12.3. Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному) сообщения посредством смс-уведомления по номеру телефона, электронной почты по адресу, указанным Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (далее – сайт Страховщика), в т. ч. в «Личном кабинете» – информационном ресурсе, размещенном на сайте Страховщика, или в мобильном приложении – программном обеспечении, предназначенном для работы на мобильных устройствах (смартфон, планшет и др.), используемом для доступа к информационным ресурсам Страховщика. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

8.12.4. Страховщик вправе предусмотреть на своем сайте (в т. ч. в «Личном кабинете» и мобильном приложении) возможность для создания и отправки Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения, изменения, досрочного прекращения Договора страхования, а также обращений за страховой выплатой).

8.12.5. При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме устанавливается соглашением между Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.13. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренными законодательством Российской Федерации. В частности, Стороны вправе договориться об изменении условий страхования в связи с увеличением степени страхового риска (п. 8.14 Правил страхования).

8.14. Взаимодействие Сторон в случае изменения степени страхового риска:

8.14.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение степени страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и/или документов согласно п.п. 8.2, 8.3 Правил, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 8.4 Правил.

8.14.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

8.14.3. К обстоятельствам, влекущим изменение степени страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участия в соревнованиях и др.).

8.14.4. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.15. Все изменения в существенных условиях Договора страхования и дополнениях к нему оформляются в виде дополнительных соглашений к Договору страхования.

При обращении к Страховщику Выгодоприобретателя (-ей) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (а в случае смерти Страхователя – физического лица – его наследники) и Страховщик, в соответствии со ст. 430 Гражданского кодекса Российской Федерации, не могут с момента такого (-их) обращения (-ий) расторгать или изменять Договор страхования без согласия обратившегося (-ихся) Выгодоприобретателя (-ей).

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;

9.1.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

9.1.3. досрочно прекратить Договор (отказаться от Договора) в соответствии с законодательством Российской Федерации и положениями Договора;

9.1.4. в случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (в соответствии с Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования») со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии в полном объеме;

9.1.5. в случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации (в соответствии с Указанием Банка России от 29.03.2022 №6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям

осуществления отдельных видов добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации») при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование);

9.1.6. в случае отказа Страхователя от Договора страхования до момента его вступления в силу Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страховой премии в полном объеме;

9.1.7. при заключении Договора страхования Страхователь имеет право ознакомиться с предварительными условиями заключаемого Договора, в том числе с примерным расчетом страховой премии на основании представленного заявления о заключении Договора страхования, при этом размер страховой премии, страховой суммы и иные условия страхования могут быть изменены по результатам оценки страхового риска;

9.1.8. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого посреднику, оказывающему услугу по оформлению и/или сопровождению Договора страхования.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные Договором страхования. Обязанность Страхователя по уплате страховой премии может быть исполнена третьим лицом;

9.2.2. сохранять документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов), предоставлять их копии по требованию Страховщика;

9.2.3. сообщать Страховщику любую информацию в письменном виде, имеющую существенное значение для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование, как до заключения Договора страхования, так и в период его действия (например, изменение рода деятельности Застрахованного, занятие Застрахованным на профессиональной основе любыми видами спорта, занятие экстремальными видами спорта);

9.2.4. сообщать Страховщику об изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования;

9.2.5. известить Страховщика в течение 30 (тридцати) дней с момента получения информации о наступлении страхового случая, а также предоставить Страховщику всю необходимую информацию и подтверждающие документы, позволяющие Страховщику удостовериться в правомерности требований о страховой выплате, в разумный срок, необходимый для сбора такой информации и документов. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления страхового случая может быть исполнена Застрахованным, Выгодоприобретателем либо наследником (наследниками) Застрахованного;

9.2.6. получить письменное согласие Застрахованного в случае назначения или изменения Выгодоприобретателя по Договору страхования, а также обладать правом предоставлять персональные данные Выгодоприобретателей Страховщику;

9.2.7. известить в письменной форме Страховщика в течение 30 (тридцати) дней с момента изменений любого факта, оказывающего непосредственное влияние на исполнение Страховщиком Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, главы 20.1 Налогового кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

9.3.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

9.3.3. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным требований и положений Договора страхования;



- 9.3.4. в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, оспаривать действительность Договора страхования при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем положений настоящих Правил;
- 9.3.5. для принятия решения о страховой выплате направлять, при необходимости, запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину произошедшего события;
- 9.3.6. для принятия решения о страховой выплате / организации лечения получить второе медицинское мнение, которое может быть положено в основу решения о страховой выплате / организации лечения;
- 9.3.7. увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/непризнании события страховым случаем при наличии сомнений в отношении причины наступления события, имеющего признаки страхового случая, до получения полной информации и подтверждающих документов о нем в пределах перечня документов, предусмотренных Правилами;
- 9.3.8. увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/непризнании события страховым случаем в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела до момента вступления в силу окончательного решения компетентными органами;
- 9.3.9. отказать в страховой выплате, если Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель в порядке, установленном Договором страхования, предоставили ложные сведения либо событие признано не являющимся страховым случаем;
- 9.3.10. не производить страховую выплату, если произошедшее с Застрахованным событие не может быть квалифицировано в качестве страхового случая на основании исключений из страхового покрытия, указанных в п. 5 Правил;
- 9.3.11. проводить расследования, в том числе и медицинскую экспертизу, с целью удостовериться в правомерности и обоснованности требований о страховой выплате и установить размер страховой выплаты;
- 9.3.12. менять сервисную компанию и/или медицинскую организацию, осуществляющую организацию или оказание медицинских и иных услуг Застрахованному в соответствии с Программой, в течение действия Договора без согласия Страхователя. При этом Страховщик обязуется уведомить Страхователя о новом порядке предоставления медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, способом, предусмотренным п. 8.12 Правил;
- 9.3.13. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и Договора страхования.
- 9.4. Страховщик обязан:
- 9.4.1. обеспечить соблюдение законодательства Российской Федерации о защите персональных данных Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного;
- 9.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату после получения всех необходимых документов в соответствии с п. 11 настоящих Правил за исключением тех случаев, когда Страховщик имеет право отсрочить выплату или отказать в ней в соответствии с Правилами;
- 9.4.3. по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее части наличными деньгами или в безналичном порядке (на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде) в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.1.4 Правил;
- 9.4.4. по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее части наличными деньгами или в безналичном порядке (на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде) в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.1.5 Правил;

9.4.5. обеспечить оказание информационно-консультационной поддержки по вопросам, связанным с исполнением Договора страхования. В целях оказания такой поддержки Страховщик вправе привлекать Ассистанскую компанию, а также менять Ассистанскую компанию по своему усмотрению в любой момент в течение действия Договора страхования без предварительного уведомления Страхователя и/или Застрахованного;

9.4.6. по запросу получателя страховых услуг предоставить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого посреднику, оказывающему услугу по оформлению и/или сопровождению Договора страхования;

9.4.7. предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) иную информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

10.1. В случае если в Договоре страхования установлена единая страховая сумма по двум и более рискам, то страховая выплата по всем страховым случаям, произошедшим по данным рискам, не может превышать 100% (ста процентов) от единой страховой суммы, установленной по данным рискам Договором страхования. После осуществления страховой выплаты в размере 100% (ста процентов) от единой страховой суммы обязательства Страховщика по страховым рискам, по которым установлена единая страховая сумма, прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

10.2. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы по данному страховому риску, определенной Договором страхования. Страховая выплата по данному риску осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному в течение срока страхования, за исключением периода ожидания, в соответствии со Списком критических заболеваний, определенном в Договоре страхования по данному риску в отношении конкретного Застрахованного. После осуществления страховой выплаты по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, обязательства Страховщика по данному риску прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

10.3. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание и оплату медицинских и иных услуг Застрахованному в соответствии с условиями Программы, применяемой по этому риску.

10.3.1. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному в соответствии с Программой, непосредственно ассистанским компаниям и/или медицинским организациям в соответствии с заключенными с ними договорами при предоставлении такими организациями документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказанных медицинских и иных услуг, а также об их стоимости.

10.3.2. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с Программой, и не может превышать размера страховой суммы, установленной для соответствующего риска Договором.

10.3.3. Страховая выплата по страховому риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, непосредственно Застрахованному не производится.

10.4. При осуществлении страховой выплаты по Договору страхования Страховщик вправе вычесть из страховой выплаты сумму задолженности Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страховых взносов) по Договору страхования в полном объеме.

10.5. После предоставления Страховщику полного пакета документов на выплату, Страховщиком принимается решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате. Решение об осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком путем утверждения им страхового акта.

10.6. При непредоставлении 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.

10.7. Принятие решения о страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки расследования или судебного разбирательства либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате. Также Страховщик может продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты при непредоставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке. При этом Страховщик направляет лицу, предъявившему требование по страховой выплате, уведомительное письмо с указанием причины задержки страховой выплаты.

10.8. При принятии решения о страховой выплате Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг путем проверки документов, предоставляемых при наступлении страхового случая, общедоступной информации, в том числе на сайтах госорганов и иной информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.9. Решения об осуществлении страховой выплаты, страховая выплата производится в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком полного пакета документов на выплату. Страховая выплата перечисляется на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении на страховую выплату.

10.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования или Программой, организация Застрахованному медицинских и иных услуг по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, осуществляется в срок, не превышающий 30 (тридцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком / Ассистанской компанией полного пакета документов на выплату. Оплата медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, по этому риску осуществляется в адрес Ассистанской компании в порядке и в сроки, установленные договором между Страховщиком и Ассистанской компанией.

10.11. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком полного пакета документов на выплату, в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения Страховщик направляет Выгодоприобретателю (представителю Выгодоприобретателя) мотивированное решение об отказе.

10.12. В случае перечисления Страховщиком страховых выплат на счет Застрахованного после его смерти и до получения Страховщиком документов, подтверждающих факт смерти Застрахованного, Страховщик имеет право при осуществлении выплаты Выгодоприобретателю в связи со смертью Застрахованного зачесть указанные излишне уплаченные суммы.

## **11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Страховщику должны быть представлены следующие документы:

11.1.1. Заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов для перечисления выплаты:

11.1.1.1. по рискам смерти Застрахованного заявление на страховую выплату должно быть подписано Выгодоприобретателем, а если он не назначен – наследником, имеющим право на получение страховой выплаты;

11.1.1.2. по остальным рискам заявление на страховую выплату должно быть подписано Застрахованным или Выгодоприобретателем, если по риску назначен Выгодоприобретатель, отличный от Застрахованного;

11.1.1.3. если в Договоре страхования назначено несколько Выгодоприобретателей, для получения страховой выплаты каждый из Выгодоприобретателей обязан подать заявление на страховую выплату, им подписанное;

11.1.1.4. в случае если в Договоре страхования не назначен Выгодоприобретатель и у Застрахованного несколько наследников, то для получения страховой выплаты каждый из наследников Застрахованного обязан подать заявление на страховую выплату, им подписанное;

- 11.1.1.5. при необходимости выступать заявителем, а также подписывать заявление на страховую выплату при наступлении страхового случая может законный или уполномоченный представитель Выгодоприобретателя при предъявлении соответствующих документов;
- 11.1.2. Документ, удостоверяющий личность заявителя, если заявитель не является Выгодоприобретателем, дополнительно документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя.
- 11.1.3. Документ, удостоверяющий личность Застрахованного.
- 11.1.4. Договор страхования со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному Договору страхования.
- 11.1.5. Документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, главой 20.1. Налогового кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами»), а также соблюдения норм и правил FATCA.
- 11.1.6. Выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного.
- 11.1.7. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного с перечнем перенесенных заболеваний.
- 11.1.8. Медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного.
- 11.1.9. Документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями.
- 11.1.10. Справка из онкодиспансера / заключение врача-специалиста с указанием окончательного диагноза и даты постановки на учет.
- 11.1.11. Справка из онкодиспансера об отсутствии обращений за последние 5 (пять) лет.
- 11.1.12. Согласие на обработку персональных данных Застрахованного, в том числе медицинских, а также добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства и передачу информации медицинской или иной организации, оказывающей Застрахованному услуги, предусмотренные Программой.
- 11.1.13. Протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованный находился за рулем);
- 11.1.14. Протокол об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, или постановление о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);
- 11.1.15. Постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- 11.1.16. Решение суда (в случае возбуждения уголовного дела).
- 11.2. Все документы, указанные в п. 11 Правил, предоставляются Страховщику в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. Для документов, составленных на иностранном языке, требуется предоставить построчный перевод, оформленный на отдельном листе, и удостоверить данные документы, составленные за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

11.2.1. Если предоставляется оригинал медицинского документа, то он обязательно должен содержать:

- штамп лечебного учреждения (прямоугольный штамп синего цвета ставится в верхнем углу документа), за исключением случаев предоставления документов на фирменном бланке лечебного учреждения;
- печать лечебного учреждения (синего цвета круглой (треугольной) формы ставится в нижнем углу документа, либо на подписи врачей);
- подпись лечащего врача с расшифровкой Ф. И. О. и должности;
- подпись заведующего отделением с расшифровкой Ф. И. О. и должности или главного врача / заместителя / и. о. главного врача с расшифровкой Ф. И. О. и должности.

11.2.2. Если предоставляется удостоверенная копия медицинского документа, то она должна соответствовать следующим требованиям:

- удостоверять документы может только организация, выдавшая данный документ, либо нотариус;
- удостоверять документы имеет право только главный врач либо его заместитель.

Варианты удостоверения:

- откопированные листы нумеруются, прошиваются, скрепляются, на последней странице заверяются печатью лечебного учреждения и подписью главного врача либо его заместителя;
- главный врач (его заместитель, и. о.) удостоверяет каждый лист откопированного документа.

11.2.3. Если предоставляется оригинал документа из любого другого учреждения, то он обязательно должен содержать:

- печать организации;
- подпись ответственного лица (руководитель, заместитель руководителя, и. о.) с расшифровкой Ф. И. О. и должности.

11.2.4. Если предоставляется удостоверенная копия документа, то она должна соответствовать следующим требованиям:

- удостоверять документы может только организация, выдавшая данный документ, либо нотариус;
- удостоверять документы имеет право только руководитель учреждения либо его заместитель.

Варианты удостоверения:

- откопированные листы нумеруются, прошиваются, скрепляются, на последней странице заверяются печатью и подписью руководителя учреждения либо его заместителя;
- руководитель учреждения (его заместитель, и. о.) удостоверяет каждый лист откопированного документа.

11.3. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 11 Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена Правилами страхования) взамен указанных. Страховщик при получении документов на страховую выплату фиксирует комплектность получаемых документов, в том числе посредством использования автоматизированных систем. При личном обращении заявителя Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписываются Страховщиком и заявителем с указанием даты приема документов.

11.4. Перечень документов и сведений, указанный в п. 11 Правил, является исчерпывающим. Страховщик вправе повторно запросить документы по убытку при обращении за страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля.

11.5. О способах предоставления и адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик информирует получателя страховых услуг путем размещения данной информации на своем сайте, а также при непосредственном обращении получателя страховых услуг посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, предусмотренным настоящими Правилами или Договором страхования.

## **12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

12.1. Действие Договора страхования может быть досрочно прекращено в случае:

12.1.1. выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

12.1.2. соглашения Сторон о намерении досрочно прекратить действие Договора страхования – с даты, указанной в таком соглашении о расторжении Договора страхования;

12.1.3. отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.1.4 Правил, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, предусмотренного в п. 9.1.4 Правил;

12.1.4. отказа Страхователя от Договора страхования по причине, предусмотренной в п. 9.1.5 Правил, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора добровольного страхования;

12.1.5. отказа Страхователя от Договора по окончании срока, предусмотренного в п. 9.1.4 Правил и по причине иной чем указана в п. 9.1.5 Правил. Если иное не предусмотрено Договором страхования или соглашением Сторон, 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. 12.3 Правил;

12.1.6. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным в п. 5 Правил. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

12.1.7. отказа Страховщика от Договора в случае неуплаты Страхователем (лицом, принявшим на себя обязательства по уплате страховой премии) очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки;

12.1.7.1. в связи с неуплатой Страхователем очередного страхового взноса в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты его в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик уведомляет Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования путем направления Страхователю письменного уведомления о прекращении действия Договора страхования. В этом случае Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания льготного периода;

12.1.7.2. при этом все уведомления и извещения направляются по адресам, которые указаны в Договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов Сторон, Стороны обязаны в течение 3 (трех) рабочих дней с момента изменений адресов или реквизитов известить друг друга об этом. Если Сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны, в результате чего сроки уведомления вынужденно переносятся, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу;

12.1.8. принятия судом Российской Федерации решения о признании Договора страхования недействительным;

12.1.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12.2. В случае досрочного прекращения Договора страхования в соответствии с причинами, указанными в п.п. 12.1.1, 12.1.5, 12.1.7 Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

12.3. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть представлены следующие документы:

12.3.1. письменное заявление на досрочное прекращение Договора страхования с указанием банковских реквизитов;

12.3.2. 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 выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

12.3.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей);

12.3.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному в п. 12.1.6 Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств.

### **13. ВАЛЮТА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

13.1. Страховые суммы, страховая премия, выкупные суммы указываются в Договоре страхования в российских рублях, а в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, в иностранной валюте.

13.2. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации. При определении страховой премии в Договоре в иностранной валюте сумма, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Банка России соответствующей валюты на дату оплаты или дату, предусмотренную Договором.

13.3. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации. При определении страховых сумм в Договоре в иностранной валюте размер страховой выплаты в рублях определяется Страховщиком по курсу Банка России соответствующей валюты на дату выплаты или иную дату, предусмотренную Договором.

13.4. Страховщик оставляет за собой право изменить метод расчетов, тем самым отменить определение страховых сумм, страховой премии (страховых взносов) в Договоре страхования в иностранной валюте или изменить значение «обменного курса» в случае, если действующие российские государственные облигации с валютным номиналом, аналогичные облигациям государственного внутреннего валютного займа Министерства Финансов Российской Федерации, становятся недоступны в количестве, достаточном для обеспечения Страховщиком своих обязательств по Договорам, заключенным в валютном эквиваленте. «Действующие» означает, что Правительство Российской Федерации продолжает регулярные выплаты процентов и основной суммы по облигациям в валютном номинале, каковые своевременные выплаты являются существенными для способности Страховщика обеспечивать свои обязательства.

13.5. Изменение метода расчетов вступает в силу после направления Страховщиком письменного уведомления Страхователю по его последнему зарегистрированному у Страховщика почтовому адресу о том, что им использована возможность изменения метода расчетов.

13.6. В случае изменения метода расчетов Страховщик производит перерасчет страховых сумм, страховой премии (страховых взносов) и выкупных сумм в российские рубли, используя курс Банка России на дату вступления в силу такого перерасчета или коэффициент, рассчитанный как среднеарифметическое значение официальных курсов Банка России, действовавших на даты уплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов). Изменение метода взаиморасчетов не является изменением Договора страхования.

### **14. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)**

14.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.

14.2. Сторона, которая не в состоянии исполнить свои обязанности вследствие обстоятельств непреодолимой силы, обязуется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после наступления таких обстоятельств письменно уведомить об этом другую Сторону, а также о характере и масштабах этих обстоятельств.

14.3. При отсутствии такого письменного уведомления заинтересованная Сторона лишается возможности в дальнейшем ссылаться на обстоятельства непреодолимой силы.

14.4. Если рассматриваемые обстоятельства непреодолимой силы продолжаются в течение срока, превышающего 4 (четыре) недели, то Стороны должны провести переговоры с целью оценки ситуации и выработки взаимоприемлемых решений, а в случае если это невозможно, каждая из Сторон имеет право в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор, письменно уведомив об этом другую Сторону.

## **15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

15.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

15.2. До предъявления к Страховщику требований в судебном порядке получатель финансовой услуги обязан обратиться к Страховщику с письменной досудебной претензией с обоснованием своих требований.

15.3. Обращение получателя страховых услуг о взыскании денежных средств, размер требований по которым не превышает 500 (пятьсот) тысяч рублей и, если со дня, когда получатель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трех) лет, подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

15.4. Потребитель финансовых услуг вправе заявить в судебном порядке требования к Страховщику в случае полного или частичного отказа Страховщика удовлетворить досудебную претензию либо в случае, если Страховщик не направил получателю финансовых услуг письменный ответ в установленный законодательством Российской Федерации срок.

15.5. Требования о взыскании денежных сумм в размере, не превышающем 500 (пятьсот) тысяч рублей, могут быть заявлены получателем финансовых услуг в судебном порядке в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

## **16. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

16.1. Страховщик обеспечивает выполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», иных нормативно-правовых актов Российской Федерации в области персональных данных.

16.2. Страхователь, заключая Договор страхования, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе дает свое согласие Страховщику на обработку его персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

16.3. Цель обработки персональных данных: заключение, сопровождение, исполнение, прекращение договора страхования и перестрахования, продвижение страховых услуг, проведение рекламных и маркетинговых акций, а также выполнения требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

16.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество; номера документов, удостоверяющие личность субъекта персональных данных, дата выдачи документа, информация об органе, выдавшем документ; дата рождения; место рождения; адрес места жительства, адрес места пребывания и дата регистрации; гражданство; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; сведения из страховых полисов обязательного (добровольного) медицинского страхования; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; информации о состоянии здоровья и диагнозах Застрахованного (в



т. ч. составляющих врачебную тайну в соответствии со ст. 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

16.5. Страховщик вправе поручить обработку персональных данных другому лицу на основании заключаемого с этим лицом договора.

16.6. Срок действия согласия на обработку персональных данных распространяется до момента фактического прекращения деятельности Страховщика. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления Страховщику письменного уведомления (путем направления заказного письма с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика), не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты отзыва настоящего согласия. В течение указанного срока уведомления Страховщик не обязан прекращать обработку персональных данных или уничтожать их.

**Приложение 1**  
**к Правилам страхования**  
**на случай диагностирования критических заболеваний**  
**(в редакции от 02 октября 2023 года)**

**Список критических заболеваний**

Данный список критических заболеваний применяется в отношении рисков «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания» (п. 4.1. 1 Правил).

Страховым случаем является установление Застрахованному впервые в жизни в течение срока страхования, за исключением периода ожидания, диагноза критического заболевания (состояния) в соответствии с указанными определениями в списке критических заболеваний.

Исключения из объема страхового покрытия указаны в п. 5 Правил.

№	Критическое заболевание	Определение критического заболевания (состояния)
1.	Злокачественное новообразование	<p>Заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом, распространением злокачественных клеток и инвазией тканей, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 (злокачественные новообразования), C81-C96 (злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей), D00-D09 (новообразования in situ).</p> <p>Диагностирование злокачественного новообразования должно быть подтверждено врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования.</p>
2.	Острый инфаркт миокарда	<p>Некроз сердечной мышцы, обусловленный прекращением ее кровоснабжения.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден диагностически значимым повышением или снижением в плазме крови уровня биохимических маркеров (не менее на один уровень выше 99-го перцентиля верхнего референтного предела), характерных для некроза миокарда (Тропонин I, Тропонин T или МВ-КФК), а также одним из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– острые кардиальные симптомы, характерные для инфаркта миокарда;</li> <li>– новые серийные изменения на ЭКГ с развитием любого из следующих: подъем или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T, блокада левой ножки пучка Гиса, патологические зубцы Q.</li> </ul>
3.	Острое нарушение мозгового кровообращения	<p>Нарушение или полное прекращение кровообращения в мозге (ишемический инсульт) или кровоизлияние в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт) и характеризующееся развитием новой постоянной неврологической симптоматики.</p> <p>Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 (три) месяца после инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования, за исключением периода ожидания.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография.</p>
4.	Кардиохирургическое оперативное вмешательство	<p>Хирургическая операция, направленная на восстановление кровотока в артериях сердца путем обхода места сужения одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов; на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма.</p>
5.	Нейрохирургическое оперативное вмешательство	<p>Любое хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга. Оперативное вмешательство при заболеваниях центральной нервной системы (головного и спинного мозга):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– доброкачественные опухоли головного и спинного мозга (код МКБ-10: D32, D33, D35.2),</li> <li>– сосудистая патология головного и спинного мозга (код МКБ-10: 160-169, 172.0, 172.5, Q28.0-Q28.8),</li> <li>– доброкачественные новообразования оболочки головного мозга (код МКБ-10: D32),</li> <li>– доброкачественные новообразования гипофиза (код МКБ-10: D35.2),</li> <li>– ангиомы головного мозга (код МКБ-10: D18),</li> <li>– болезнь Паркинсона (хирургическое лечение, если указано) (код МКБ-10: G20-G26).</li> </ul>
6.	Молниеносный вирусный гепатит	<p>Молниеносная (фульминантная) форма острых вирусных гепатитов, острый вирусный некроз печени, острая гепатодистрофия, приводящая к печеночной недостаточности, не связанная с предшествующими хроническими заболеваниями печени.</p>

		<p>Диагноз должен быть подтвержден специалистом, лабораторными показателями крови (обязательное наличие антител к вирусу Гепатита), а также соответствовать, по крайней мере, трем из четырех основных критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стремительное уменьшение размеров печени, обширный некроз печеночной ткани;</li> <li>- стремительно падающие показатели функции печени: снижение протромбинового индекса ниже 60%, и/или уровня проконвертина ниже 40%, и/или повышение уровня аминотрансферазы свыше 40 Ед/л, и/или ЩФ свыше 90 Ед/л, и/или положительная тимоловая проба (норма от 0 до 4 единиц), и/или прогрессивное снижение холинэстеразы ниже 5300 Ед/л;</li> <li>- нарастающая желтуха;</li> <li>- печеночная энцефалопатия;</li> <li>- а также одним из дополнительных критериев:</li> <li>- появление сладковатого запаха изо рта,</li> <li>- нарастание геморрагического синдрома,</li> <li>- тахикардия.</li> </ul>
7.	Внелегочный туберкулез	<p>Заболевание, вызываемое микробактериями туберкулеза.</p> <p>Страховым случаем являются только внелегочные формы туберкулеза.</p> <p>Диагноз туберкулеза устанавливается врачом-фтизиатром на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнеза,</li> <li>- клинической картины,</li> </ul> <p>а также результатов, как минимум, двух из нижеперечисленных методов исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рентгенологического исследования (фиброзные и очаговые образования в органах с перифокальной реакцией либо инфильтративные изменения с деструкцией);</li> <li>- биопсии (характерные морфологические изменения в пораженных органах);</li> <li>- бактериологического исследования (обнаружение микобактерий туберкулеза в моче, отделяемом свища и другом патологическом материале);</li> <li>- туберкулинодиагностики, основанной на применении туберкулиновых проб.</li> </ul>
8.	Системная красная волчанка	<p>Системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани.</p> <p>Страховым случаем является почечная форма заболевания в виде волчаночного нефрита (Люпус) с морфологическими изменениями ткани почек начиная с III класса по классификации Всемирной организации здравоохранения.</p> <p>Диагноз устанавливается врачом-ревматологом на основании клинической картины с обязательным подтверждением результатом гистологического исследования почечной ткани.</p>