

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ЭРГО Жизнь»



Утверждаю
Генеральный директор
ООО «СК «ЭРГО Жизнь»
30 июня 2016 года

[Handwritten signature] / А. Май

**КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА
СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ
И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ
НАСТУПЛЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
от 25 марта 2016 года (в новой редакции от 30 июня 2016 года)**

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски, страховые случаи
5. Программы страхования
6. Исключения из объема страхового покрытия
7. Страховые суммы
8. Страховая премия (страховые взносы), форма и порядок оплаты
9. Порядок заключения, форма и действие договора страхования
10. Права и обязанности сторон по договору страхования
11. Определение размера и порядок осуществления страховых выплат
12. Прекращение действия договора страхования
13. Валютный эквивалент
14. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)
15. Порядок разрешения споров

Приложения:

1. Дополнительная Программа «Добровольное медицинское страхование на случай наступления критических заболеваний»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (РФ) и на основании настоящих Правил Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ЭРГО Жизнь» (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры смешанного страхования жизни физических лиц и добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний 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 лица (Застрахованного Лица).

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 действующему законодательству, при наступлении страхового случая в жизни Застрахованного Лица осуществить страховую выплату.

1.3. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Договор страхования – документ, оформленный Страховщиком на основании устного или письменного заявления Страхователя и врученный Страхователю в виде Страхового полиса или составленный в форме единого документа и подписанный обеими сторонами или любым иным образом, не противоречащим действующему законодательству Российской Федерации и закрепляющий страховые правоотношения между Страховщиком и Страхователем. Правила страхования и Программа страхования в любом случае являются неотъемлемыми частями Договора страхования.

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

Период свободного ознакомления с условиями страхования (Период свободного ознакомления) - период, начинающийся с даты вступления Договора страхования в силу и длящийся 5 (пять) рабочих дней, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть Договор страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии. Период свободного ознакомления с условиями страхования не применяется при возобновлении Договора страхования на новый период.

Программа страхования – перечень Медицинских услуг, виды Медицинской помощи и иных сервисов, на которые распространяется страховое покрытие на условиях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и Договором страхования, а также иные условия страхования, регламентирующие порядок и (или) условия предоставления страховой защиты, специфичные (особенные) с точки зрения особенностей Застрахованного лица или его индивидуальных потребностей.

Ребенок – физическое лицо (лица), относящееся к категории «Дети». К категории «Дети» (далее именуются – Дети) относятся: физическое лицо (лица) в возрасте от 0 (нуля) лет и не более 17 (семнадцати) полных лет на начало действия Договора страхования. Договор страхования может быть заключен не ранее дня, следующего за днем выписки Ребенка из родильного дома, при этом вступление Договора страхования в силу – это первый день месяца, следующего за месяцем, в котором был заключен Договор страхования

Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии.

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

Страховой тариф – ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска.

Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве Страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай по Дополнительной программе – необходимые с медицинской точки зрения (согласно федеральным или региональным медико-экономическим стандартам) и предусмотренные настоящими Правилами страхования виды Лечения Застрахованного лица по причине Болезни, относящейся к категории Критических заболеваний. Если Лечение распространяется на Заболевание, не связанное причиной с ранее проведенным лечением, то имеет место наступление нового Страхового случая.

Страховая выплата по Дополнительной программе – денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком в порядке оплаты Медицинскому учреждению напрямую либо через Ассистанс оказанных Застрахованному лицу Медицинских услуг либо в порядке компенсации понесенных Застрахованным лицом расходов по самостоятельной оплате оказанных ему Медицинских услуг, при условии согласования со Страховщиком.

Страховой год (Полисный год) – календарный год (двенадцать месяцев) с даты вступления в силу Договора страхования до годовщины действия Договора страхования и с каждой годовщины действия Договора страхования до каждой следующей годовщины действия Договора страхования.

Критические заболевания (далее также КЗ) – Заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного лица, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности и не вызванное Несчастливым случаем. В настоящих Правилах страхования под КЗ понимаются, Заболевания, указанные в п. 3.3.1.1 Приложения 1 настоящих Правил, а также иные Заболевания, требующие Лечения, перечисленного.

Несчастный случай – внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного Лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение Срока страхования независимо от воли Застрахованного Лица/ Страхователя и/или Выгодоприобретателя.

Смерть – прекращение физиологических функций организма Застрахованного Лица, поддерживающих его жизнедеятельность.

Болезнь (Заболевание) – диагностированное впервые в период действия договора страхования сертифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

Дополнительная программа – дополнительные условия к Договору страхования, содержащиеся в Приложении 1 к настоящим Правилам.

Выжидательный период - срок, установленный в договоре страхования, после полной уплаты всей суммы страховой премии по договору страхования и до даты начала периода выплат по риску дожития до определенного в договоре страхования срока.

Выкупная сумма - денежная сумма в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва на день прекращения договора страхования, возвращаемая Страхователю (законным наследникам Страхователя) при расторжении договора страхования, рассчитываемая в соответствии с условиями договора страхования (в зависимости от срока действия договора, возраста лица на момент заключения договора, периода уплаты премии, периодичности уплаты премии).

Ассистанс – юридическое лицо и (или) специализированная организация, которое/которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, оказывает Страховщику услуги координатора (организатора) оказания Медицинских услуг Застрахованным лицам Страховщика и (или) по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями признаются дееспособные физические лица, юридические лица любой организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, заключившие договор смешанного страхования жизни физических лиц в отношении самого Страхователя или другого названного в договоре физического лица (далее по тексту – Застрахованного Лица). Если по Договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя, то он одновременно является Застрахованным Лицом.

2.2. Застрахованное Лицо – лицо, чьи имущественные интересы, связанные с дожитием до определенного срока, причинением вреда жизни и здоровью, смертью, являются объектом страхования.

2.3. Выгодоприобретатель – одно или несколько лиц, назначенных Страхователем для получения страховых выплат по договору страхования. Право на получение страховых выплат принадлежит Застрахованному Лицу, если в договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. Если Выгодоприобретатель не назначен, в случае смерти Застрахованного Лица Выгодоприобретателями признаются его законные наследники.

2.4. По договору страхования Страхователь вправе назначить физическое или юридическое лицо в качестве получателя страховой выплаты – Выгодоприобретателя по риску «Смерть Застрахованного Лица».

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного Лица до определенного срока, причинением вреда жизни и здоровью, смертью Застрахованного Лица.

3.2. Объектами добровольного медицинского страхования по Дополнительной программе являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинской и лекарственной помощи (Медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3.3. Возраст Застрахованного лица на момент заключения договора страхования может составлять от 0 до 65 лет, а на момент окончания договора страхования – не должен превышать 70 лет.

3.4. Не подлежат страхованию в соответствии с настоящими Правилами следующие категории лиц:

3.4.2. лица, страдающие нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами;

3.4.3. лица, больные СПИДом или ВИЧ-инфицированные;

3.4.4. лица, нуждающиеся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением.

3.5. Если впоследствии будет установлено, что договор заключен в отношении лиц, указанных в п. 3.4., то Страховщик вправе потребовать признания такого договора недействительным с момента заключения, при этом выплаты по такому договору страхования не производятся.

3.6. Территория страхового покрытия: страховое покрытие действует 24 часа в сутки, 365 дней в году, по всему миру.

3.7. На особых условиях с применением повышающего коэффициента при расчете страхового тарифа принимаются на страхование лица, являющиеся на момент заключения договора страхования инвалидами I или II группы, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу, а так же лица, направленные на момент заключения договора страхования на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми рисками по программам страхования, включенным в настоящие Правила, признаются следующие предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование в соответствии с настоящими Правилами:

4.1.1. смерть Застрахованного Лица по любой причине в течение срока страхования, за исключением случаев, предусмотренных в разделе 6 настоящих Правил (далее «Смерть Застрахованного Лица»);

4.1.2. дожитие Застрахованного Лица до оговоренных в договоре страхования сроков (далее «дожитие Застрахованного Лица»);

4.1.3. организация предоставления и оплаты Медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь в связи с Критическим заболеванием, впервые диагностированным у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, предусмотренная согласно условиям Дополнительной программы (Приложение № 1 к Правилам).

Полный перечень услуг, организацию и оплату которых осуществляет Страховщик для Застрахованного лица, определяется Страхователем и Страховщиком в Договоре страхования/Полиса.

4.2. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязательство Страховщика осуществить страховую выплату Застрахованному Лицу или Выгодоприобретателю.

5. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Основная программа страхования.

Страховые случаи:

5.1.1. Дожитие Застрахованного Лица до оговоренных в договоре страхования сроков.

5.1.2. Смерть Застрахованного Лица в период действия договора страхования.

5.2. Дополнительная программа страхования – «Добровольное медицинское страхование на случай наступления критических заболеваний» – Приложение № 1 к Правилам.

5.3. Страхование по Дополнительной программе страхования может осуществляться только совместно и как дополнение к Основной программе страхования.

5.4. Срок действия Дополнительной программы страхования устанавливается равным сроку действия Основной программы.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

6.1. По договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, не являются страховыми случаями и не покрываются договором страхования события, предусмотренные в п. 5.1.2 настоящих Правил, прямой или косвенной причиной которых являются:

6.1.1. войны. Под понятием «война» в настоящих Правилах понимается следующее: война или военные операции, мировая война (в одинаковой мере как объявленная, так и не объявленная), вторжение, действия внешних врагов, военные действия, военный мятеж, бунт, общественные (массовые) беспорядки, гражданская война, восстание, революция, заговор, захват, узурпация власти военными, военное положение, либо период осады, либо события или основания для объявления войны;

6.1.2. совершение или попытка совершения умышленного преступления Застрахованным Лицом, если такие преступления, противоправные действия и иная незаконная деятельность будет иметь прямую связь с возникновением события, которое могло быть признано страховым случаем;

6.1.3. любое преднамеренное действие Страхователя, Застрахованного Лица или Выгодоприобретателя, направленное на наступление страхового случая;

6.2. По договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, не являются страховыми случаями и не покрываются события, предусмотренные в п. 5.2.1, настоящих Правил, прямой или косвенной причиной которых являются:

- 6.2.1. воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 6.2.2. употребление Застрахованным Лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;
- 6.2.3. употребление Застрахованным лицом алкоголесодержащих и наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным врачом;
- 6.2.4. самоубийство или попытка самоубийства Застрахованного лица если договор страхования к моменту наступления указанного события действовал менее двух лет;
- 6.2.5. служба Застрахованного Лица в рядах вооруженных сил любого государства;
- 6.2.6. управление Застрахованным Лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное Лицо 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 когда Застрахованное Лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или под воздействием медикаментозных препаратов, использование которых противопоказано при управлении транспортным средством.

6.3. Если Застрахованное Лицо умерло в результате событий, перечисленных в п. 6.1, 6.2 настоящих Правил, Страховщик выплатит Выкупную сумму, рассчитанную на момент смерти Застрахованного Лица, Страхователю или законным наследникам Страхователя (в случае совпадения Страхователя и Застрахованного лица) на основании письменного заявления и предоставления документов, подтверждающих факт наступления события и его обстоятельства.

6.4. Если самоубийство Застрахованного Лица произошло после двух полных лет действия договора страхования, Страховщик выплатит страховую сумму (в соответствии с разделом 11 настоящих Правил), за вычетом всех задолженностей Страхователя по уплате страховых взносов перед Страховщиком.

6.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по любому риску, если выяснится, что при заключении договора страхования/полиса страхователь (застрахованное лицо) указал (-и) заведомо ложные сведения о состоянии здоровья, профессиональной деятельности застрахованного лица и о занятиях спортом на момент заключения договора страхования.

7. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

7.1. Страховые суммы определяются по соглашению Страхователя и Страховщика в Страховом Полисе с учетом ограничений, установленных настоящими Правилами.

7.2. Страховая сумма по страховому случаю, указанному в п.5.1.2, Правил, устанавливается одним из следующих способов:

а) фиксированная на весь срок страхования сумма, подлежащая выплате Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая;

б) фиксированная на каждый год срока страхования сумма, подлежащая выплате Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

7.3. При заключении договора страхования стороны могут согласовать условия дополнительной выплаты в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика по размещению средств страховых резервов (участие Страхователя в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика). Порядок начисления дополнительного инвестиционного дохода изложен в Разделе 11 Правил «Определение размера и порядок осуществления страховых выплат».

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ФОРМА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

8.1. Страховые премии (взносы), форма и порядок их оплаты определяются по соглашению Страхователя и Страховщика в страховом полисе.

8.2. Страховая премия рассчитывается исходя из величины страховой суммы, установленной в страховом полисе и страховых тарифов, определяемых Страховщиком и направленных в орган страхового надзора Российской Федерации в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.3. Договором страхования устанавливается следующая периодичность оплаты премии:

8.3.1. равными долями с установленной периодичностью (ежеквартально, раз в полгода, ежегодно).

8.3.2. единовременным платежом, при этом обязательства Страхователя в части оплаты взносов считаются исполненными с момента оплаты страхового взноса в полном объеме.

8.4. В случаях, если договором страхования предусмотрен порядок расчетов, указанный в п.8.3.1 настоящих Правил страхования, Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса. Льготный период составляет 30 (тридцать) календарных дней и начинается с даты возникновения обязанности Страхователя по оплате очередного страхового взноса.

Если в течение льготного периода Страхователь не оплатил очередную часть страховой премии, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами страхования. Если страховой случай наступил в течение льготного периода, то Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты уменьшить ее на сумму просроченного страхового взноса, который Страхователь должен был оплатить.

8.5. При заключении договора страхования Стороны вправе согласовать иной порядок уплаты страховой премии (взносов), чем установленный настоящими Правилами, при этом такие положения договора страхования будут действительны при условии соблюдения письменной формы договора страхования и подписания таких дополнений к договору надлежаще уполномоченными лицами.

8.6. Страховая премия указывается в страховом полисе и подлежит оплате Страхователем безналичным порядком или наличными денежными средствами с учетом требований действующего на момент уплаты взносов законодательства, регулирующих порядок осуществления расчетов.

8.7. Периодичность уплаты страховых взносов по Дополнительной программе страхования соответствует выбранной периодичности по Основной программе.

8.8. 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.

8.9. В случае если установленный первый или единовременный страховой взнос был оплачен не полностью либо расчет страховой премии был произведен с ошибкой, Страховщик вправе либо любым доступным способом согласовать со Страхователем доплату страхового взноса (при этом договор страхования вступает в силу с даты поступления указанной суммы в полном объеме на расчетный счет или в кассу Страховщика), либо соответственно уменьшить страховую сумму, уведомив об этом Страхователя письменно, либо (в случае невозможности согласования) вернуть оплаченную часть страховой премии Страхователю.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ФОРМА И ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договоры страхования заключаются на условиях, содержащихся в настоящих Правилах и Приложениях к Правилам (которые являются неотъемлемой частью Правил), и которые обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком.

9.2. Договор страхования заключается в письменной форме на основании следующих документов, предоставляемых Страхователем Страховщику:

- Копии документов, идентифицирующих Страхователя, Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя, а так же полномочия лиц, действующих от их имени:

Для Страхователя - 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 лет; общегражданский заграничный паспорт для лиц, постоянно проживающих за пределами РФ; паспорт моряка; удостоверение личности военнослужащего или военный билет; временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта.

- Для иностранных граждан: паспорт иностранного гражданина, миграционная карта; разрешение на временное проживание; вид на жительство в Российской Федерации.

- Для лиц без гражданства: разрешение на временное проживание; вид на жительство в Российской Федерации.

Для Страхователя - 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, адреса 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.

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

9.3. При заполнении заявления на страхование и заключении договора страхования (подписании страхового полиса) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, а также предоставить по запросу Страховщика документы, которые могут подтвердить возможность быть застрахованным по состоянию здоровья Страхователя или Лиц, заявленных на страхование:

- должностные инструкции Застрахованного лица;

- дополнительные опросники по профессиональной деятельности Застрахованного лица;

- финансовая анкета;

- декларация о доходах Страхователя/ Застрахованного лица, или 2 НДФЛ, или справка в свободной форме с места работы, подписанная главным бухгалтером организации;

- информация о ранее заключенных договорах страхования;

- отчет медицинского обследования;

- медицинское заключение врача-специалиста в зависимости от патологии, указанной в анкете;

- специальные опросники по заявленной патологии/заболеванию;

- протокол операции;

- выписной эпикриз из лечебного учреждения по месту получения медицинской помощи;

- 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;
- результаты исследований функции внешнего дыхания;
- данные гистологического исследования;
- результаты суточного мониторинга АД и ЭКГ;
- результаты офтальмологических исследований
- «Анкета путешествия/международная командировка»;
- опросник «Риски пребывания при поездках за рубеж»;
- опросники по видам спорта.

Такие документы могут быть затребованы Страховщиком до принятия решения о заключении договора страхования. Подписывая Договор страхования Страхователь (Застрахованное лицо) соглашается с тем, что непредставление указанных в настоящем пункте медицинских документов (отказа от прохождения медицинского андеррайтинга) влечет за собой возможность заключения Договора страхования только на условиях, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов.

Если в течение действия договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или неполные сведения, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

9.4. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления (устного или письменного) Страхового Полиса, подписанного Страховщиком. Полис считается врученным Страхователю лично, что удостоверяется подписью Страхователя на копии или втором экземпляре полиса.

9.5. Право на подписание страхового полиса принадлежит Страхователю. Если Застрахованное Лицо и Страхователь - разные лица, страховой полис должен быть также подписан Застрахованным Лицом. Страховщик не несет ответственности за действительность подписей Страхователя и Застрахованного Лица.

9.6. Договор страхования начинается с даты, указанной в нем, но не ранее:

- 00 часов дня, следующего на день оплаты страховой премии или первого страхового взноса в полном объеме представителю Страховщика наличными деньгами,
- 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии или первого страхового взноса в полном объеме при оплате банковской картой на платежном сайте <https://payments.ergolife.ru>,
- 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии или первого страхового взноса в полном объеме на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате.

9.7. В случае утраты Страхового Полиса Страхователем, Страховщик на основании личного письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа.

9.8. Вся корреспонденция по договору страхования направляется по адресам, которые указаны в страховом полисе. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются своевременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны своевременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной с даты ее поступления по прежнему адресу.

9.9. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме.

9.10. Все изменения и дополнения к договору (в том числе в случае перевода полиса в оплаченный с соответствующим уменьшением страховой суммы) оформляются в виде дополнительных соглашений к договору страхования (страховому полису). Любые изменения и

дополнения к договору действительны только в случае, если они не противоречат законодательству РФ, настоящим Правилам, если эти изменения и дополнения приняты по соглашению сторон, составлены в письменной форме и скреплены подписью и печатью Страховщика и подписью Страхователя.

9.11. Срок действия договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил по Основной программе устанавливается в договоре страхования по соглашению сторон.

9.12. Договор страхования может предусматривать Выжидательный период, устанавливаемый в страховом полисе.

9.13. В случае увеличения страховых и/или выкупных сумм по инициативе Страховщика, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление об изменениях за 30 (тридцать) дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении, при условии, что Страхователь не направил соответствующее возражение в сроки, указанные в уведомлении Страховщика.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

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

10.1.2. вносить изменения в договор страхования по согласованию со Страховщиком по истечении календарного года срока действия договора страхования;

10.1.3. на полный возврат страховой премии в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение Периода свободного ознакомления с условиями страхования (Периода свободного ознакомления), при этом договор страхования считается не вступившим в силу и ответственности по такому договору страхования Страховщик не несет.

10.2. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

10.2.1. оплачивать страховые взносы в размерах и в сроки, определенные страховым полисом;

10.2.2. сообщать Страховщику любую информацию, имеющую существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), как до заключения договора страхования, так и в период его действия;

10.2.3. сообщать в письменном виде Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия договора страхования;

10.2.4. известить Страховщика в течение 45 (сорока пяти) 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.

10.3. В период действия договора страхования Страховщик имеет право:

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

10.3.2. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным Лицом требований и положений договора страхования;

10.3.3. в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, оспаривать действительность договора страхования при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем, Застрахованным Лицом, Выгодоприобретателем положений настоящих Правил страхования;

10.3.4. для принятия решения об осуществлении страховой выплаты направлять, при необходимости, запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления заявленного события, а также потребовать от Застрахованного Лица (Выгодоприобретателя) предоставления

дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину произошедшего события;

10.3.5. для принятия решения о Страховой выплате/организации Лечения получить Второе медицинское мнение, которое может быть положено в основу решение о Страховой выплате/организации Лечения;

10.3.6. отсрочить осуществление страховой выплаты при наличии сомнений в отношении причины наступления события, имеющего признаки страхового случая, и до получения полной информации и подтверждающих документов о нем в пределах перечня документов, предусмотренных Правилами;

10.3.7. отсрочить решение об осуществлении страховой выплаты в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела до момента вступления в силу окончательного решения компетентными органами;

10.3.8. отказать в страховой выплате, если Страхователь, Застрахованное Лицо или Выгодоприобретатель в порядке, установленном договором страхования, не предоставили или предоставили не в полном объеме документы и сведения, необходимые для установления причин наступления страхового события и установленные настоящими Правилами страхования, предоставили ложные сведения либо событие признано не являющимся страховым случаем;

10.3.9. проводить расследования, в том числе и медицинскую экспертизу для удостоверения правомерности и обоснованности требований о страховой выплате и установления размера страховой выплаты;

10.3.10. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил страхования и договора страхования;

10.4. В период действия договора страхования Страховщик обязан:

10.4.1. обеспечить соблюдение законодательства Российской Федерации о защите персональных данных Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного Лица;

10.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату и/или организовать плановое Лечение Застрахованного лица в рамках Программы страхования после получения всех необходимых документов в соответствии с разделом 11 настоящих Правил; либо отсрочить выплату или отказать в ней в случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования.

11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1. Определение размеров страховых выплат при наступлении страховых случаев по договору страхования осуществляется в следующем порядке:

11.1.1. Страховая выплата по страховому случаю, указанному в п.5.1.1 настоящих Правил, осуществляется Застрахованному Лицу в указанном в Страховом Полисе размере, если оно дожило до срока, указанного в Страховом Полисе.

11.1.2. Страховая выплата по страховому случаю, указанному в п.5.1.2, настоящих Правил, осуществляется Выгодоприобретателю в размере Страховой суммы, определенной в п.7.2 настоящих Правил.

11.2. Для осуществления страховой выплаты по страховому случаю, указанному в п.5.1.1 настоящих Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление установленной формы;
- оригинал Страхового Полиса;
- оригинал документа, удостоверяющего личность Застрахованного Лица.

Указанные в настоящем пункте документы предоставляются Страховщику (в ближайшее к

клиенту территориальное подразделение Страховщика) лично Застрахованным Лицом при обращении за страховой выплатой.

11.3. Для осуществления страховой выплаты по страховым случаям, указанным в п.5.1.2 настоящих Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление установленной формы;
- оригинал Страхового Полиса;
- свидетельство органа ЗАГС о смерти (оригинальный экземпляр или нотариально удостоверенная копия),
- заверенную копию протокола патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не производилось - заверенную копию заявления от родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);
- выписку из истории болезни с посмертным диагнозом или выписка из амбулаторной карты с посмертным диагнозом;
- свидетельство о праве на наследство (в случае если Выгодоприобретатель по страховым случаям, указанным в п. п.5.1.2 настоящих Правил, не назначен в Договоре страхования);
- справку об отсутствии алкоголя в крови (в случае если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо управляло транспортным средством);
- копию постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, если таковые выносились по факту наступления страхового случая;
- акт о несчастном случае на производстве по установленной действующим законодательством РФ форме, если по факту наступления страхового случая согласно требованиям действующего законодательства РФ необходимо его составление;
- копию протокола об административном правонарушении или определения об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении или постановления о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);
- иные документы и сведения, предусмотренные договором страхования.

11.4. 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.

11.5. После предоставления Страховщику полного пакета документов на выплату, решение об осуществлении страховой выплаты/ об отказе в выплате принимается в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

11.6. Решение об осуществлении страховой выплаты подтверждается составлением страхового акта. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента составления страхового акта

11.7. Мотивированное решение об отказе в выплате вручается (направляется) Застрахованному Лицу (Выгодоприобретателю) в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента принятия такого решения.

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

11.9. Страховые выплаты по Дополнительной Программе страхования осуществляются в размере и в соответствии с порядком, определенном в Приложении 1 Правил.

11.10. Если договором страхования предусмотрено участие Страхователя в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика, то по данному договору на ежегодной основе происходит расчет накопленного дополнительного инвестиционного дохода.

11.10.1 Страховщик по итогам календарного года исходя из показателей финансовой деятельности может объявить фактическую норму доходности. Объявление фактической нормы доходности производится на интернет ресурсе компании, расположенном по адресу: <http://www.ergo.ru/> и путем индивидуальной почтовой рассылки Страхователям по действующим Полисам страхования жизни. Датой объявления фактической нормы доходности считается дата принятия Страховщиком решения об объявлении фактической нормы доходности. Дополнительная выплата определяется Страховщиком по действующему на дату объявления фактической нормы доходности Полису на основании объявленной фактической нормы доходности. При установлении страховых сумм и страховых взносов по Полису в рублевом эквиваленте долларов США либо ЕВРО дополнительная выплата соответственно определяется в рублевом эквиваленте долларов США либо ЕВРО. Размер дополнительной выплаты на дату начала срока действия Полиса равен нулю. Размер дополнительной выплаты по договору страхования на текущую дату определяется как дополнительная выплата, рассчитанная Страховщиком в соответствии с последним объявлением фактической нормы доходности. Предоставление дополнительной выплаты производится только вместе с выплатой страховой суммы по рискам указанным в пп.5.1.1 и 5.1.2.

11.10.2 Дополнительный инвестиционный доход пересчитывается на основании инвестиционных результатов Страховщика в истекшем календарном году, размера резервов по данному договору на начало календарного года (или на момент начала участия данного договора в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика), а также задолженности Страхователя по уплате страховых взносов. По страховым программам, предусматривающим возможность участия Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика, по итогам календарного года внутренним приказом Страховщика объявляется фактическая инвестиционная норма доходности за истекший год, используемая для расчета дополнительного инвестиционного дохода. При расчете фактической инвестиционной нормы доходности используются активы, покрывающие резервы по договорам страхования жизни, по которым предусмотрено участие в инвестиционном доходе Страховщика. Доходность может определяться по всем договорам страхования, предусматривающим участие страхователя в инвестиционном доходе Страховщика, или по группам одностипных договоров. Доля участия Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика в части превышающей гарантированный согласно тарифу инвестиционный доход составляет не менее 40% накопленным итогом с момента начала действия договора. Размер накопленного дополнительного инвестиционного дохода (резерв дополнительных выплат (страховых бонусов) не является гарантированной величиной и может меняться как в большую, так и в меньшую сторону, в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика.

11.10.3 Дополнительный инвестиционный доход начисляется для договоров страхования, предусматривающих оплату страховой премии единовременно, первый раз в том календарном году, в течение которого такой договор страхования начал действовать; для договоров с условием об оплате страховой премии в рассрочку – в том календарном году, на начало которого такой договор страхования уже действовал не менее года (первый раз за часть календарного года, с момента начала 3-его полисного года). Инвестиционный доход по обоим перечисленным в настоящем абзаце группам договоров начисляется за очередной календарный год при условии, что на конец данного года договор продолжает действовать. В случае, если на конец календарного года договор был завершен в результате дожития или смерти, но на момент объявления фактической инвестиционной нормы доходности выплата произведена не была, начисление происходит за ту часть года, в течение которой договор действовал.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Действие договора страхования прекращается в случае:

12.1.1. Выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

12.1.2. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и после истечения льготного периода, при условии направления Страховщиком Страхователю уведомления о расторжении договора страхования – с даты, следующей за датой подлежащего уплате просроченного страхового взноса;

12.1.3. Соглашения сторон о досрочном прекращении действие договора страхования – с даты, указанной в таком соглашении о расторжении договора страхования;

12.1.4. Требования (инициативы) Страхователя - договор прекращается с даты, указанной в заявлении на расторжение договора страхования, но не ранее 10 (десяти) дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя на расторжение договора страхования. Заявление на расторжение договора страхования предоставляется в произвольной форме;

12.1.5. В случае смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное лицо или иное лицо не примут на себя обязательства Страхователя по договору страхования, указанные в п.10.2 настоящих Правил, в случае отсутствия заявления Застрахованного лица (его представителей) о переводе договора страхования в оплаченный с соответствующим уменьшением страховой суммы в течение льготного периода, установленного п.8.4. настоящих Правил страхования;

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 разделе 6 настоящих Правил страхования;

12.1.7. Принятия судом Российской Федерации решения о признании договора страхования недействительным;

12.1.8. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

12.2. Дополнительное страхование в соответствии с Дополнительной программой прекращается совместно со страхованием по Основной программе.

12.3. В случае досрочного прекращения договора страхования Страховщик выплачивает Страхователю (его законным наследникам) Выкупную сумму.

12.4. В случае прекращения договора страхования по основаниям, указанным в п.12.1.5 настоящих Правил, законным наследникам Страхователя выплачивается Выкупная сумма на основании заявления наследников и предоставления свидетельства о вступлении в наследство.

12.5. В случае прекращения договора страхования по основаниям, указанным в п.12.1.4, 12.1.6 настоящих Правил, Страхователь получает Выкупную сумму.

12.6. Значения (размеры) выкупных сумм в зависимости от периода времени, в течение которого договор страхования действовал до момента его прекращения, являются неотъемлемой частью договора страхования.

12.7. Гарантированная выкупная сумма на дату расторжения договора страхования рассчитывается как гарантированная выкупная сумма на конец текущего полисного года за вычетом суммы страховых взносов, которые Страхователь должен был бы уплатить Страховщику в течение оставшейся части полисного года, в котором имеет место досрочное расторжение договора страхования.

Для определения гарантированной величины выкупной суммы на конец полисного года Страховщик оценивает сумму величин математического резерва и резерва расходов на обслуживание страховых обязательств на эту дату, с использованием тарифного базиса. Величина выкупной суммы устанавливается равной этой сумме величин резервов, уменьшенной на вычет, применяемый при досрочном расторжении договора страхования, выраженный в процентах от данной суммы величин резервов. Величина вычета не может превышать значения, указанные ниже:

Год страхования	Вычет	Год страхования	Вычет
1	100%*	7	6%
2	100%*	8	5%
3	25%	9	4%
4	15%	10	3%
5	10%	11	2%
6	8%	12 и более	2%

*- Для единовременного взноса вычет на первый и второй год действия договора страхования устанавливается равным 25%.

При этом размер гарантированной выкупной суммы не может превышать страховой суммы по риску смерти.

В случае наличия у Страхователя задолженности по уплате страховых взносов перед Страховщиком, сумма задолженности (Страховщик отставляет за собой право начислять на сумму задолженности проценты в соответствии со ст. 395 ГК РФ) вычитается из выкупной суммы, определенной в соответствии с указанным порядком расчета выкупной суммы.

В случае, если договором страхования предусмотрено начисление страховых бонусов (участие в инвестиционном результате компании), кроме гарантированной выкупной суммы Страхователю может быть выплачена дополнительная выкупная сумма. Размер дополнительной выкупной суммы определяется как 80% от резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), рассчитанного на момент расторжения договора страхования. Страховщик имеет право в одностороннем порядке изменить вышеуказанный процент от резерва дополнительных выплат (страховых бонусов) без объяснения причин такого изменения.

По обоюдному согласию Страховщика и Страхователя, изложенному в тексте Договора страхования, порядок расчета выкупных сумм может быть изменен.

13. ВАЛЮТНЫЙ ЭКВИВАЛЕНТ

13.1. Договор страхования по Основной программе и Дополнительным программам заключается в рублях. Также страховые суммы и страховые взносы по Основной программе и Дополнительным программам могут устанавливаться в иностранной валюте (евро, доллары США) – страхование в валютном эквиваленте. Страховые суммы и страховые взносы по Дополнительным программам устанавливаются в той же валюте, что и в Основной программе.

13.2. При страховании в валютном эквиваленте страховые суммы и страховые взносы определяются (номинаруются) в валюте, оговоренной условиями договора страхования.

13.3. Валютный номинал страхового взноса переводится в рубли по курсу Центрального Банка России на дату уплаты, если иной курс или иная дата его определения не установлены законом или договором страхования.

13.4. Валютный номинал страховой выплаты переводится в рубли по курсу Центрального Банка России на дату выплаты, если иной курс или иная дата его определения не определены законом или соглашением сторон («обменный курс»).

13.5. Страховщик оставляет за собой право отменить валютную номинацию страховых сумм и страховых взносов 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.

13.6. Отмена валютного эквивалента 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.

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

14. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

14.1. Под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии.

14.2. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе отложить исполнение обязательств по договорам страхования на период действия данных обстоятельств.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

15.2. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из Договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований. Иск к Страховщику может быть предъявлен Страхователем (Выгодоприобретателем) в случае полного или частичного отказа Страховщика удовлетворить претензию либо неполучения от Страховщика ответа в тридцатидневный срок с момента поступления Страховщику письменной досудебной претензии.

**Приложение №1 к Правилам смешанного страхования жизни физических лиц и добровольного
медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний
Дополнительная программа «Добровольное медицинское страхование
на случай наступления критических заболеваний»
от 25 марта 2016 года (в новой редакции от 30 июня 2016 года)**

Определения

Стороны используют в настоящих Правилах страхования следующие термины и определения:

Врач-эксперт – врач медицинского учреждения, назначенного Страховщиком для прохождения лечения.

Второе медицинское мнение – вид Медицинской услуги, представляющий собой дополнительное медицинское заключение, предоставляемое Ассистанс Застрахованному лицу в случае обращения Застрахованного лица с заявлением на урегулирование убытка, связанного с лечением Критического заболевания согласно Программе страхования. Получение Второго медицинского мнения является обязательным этапом в процессе урегулирования убытка, либо производится независимо от заявления на урегулирование убытка, если это предусмотрено Договором страхования.

Доброкачественная опухоль - это заболевание, возникающее в результате нарушения механизма деления и роста клеток, представляет собой патологическое новообразование с замедленным или отсутствующим темпом развития.

Хирургическая операция, хирургическое вмешательство или оперативное вмешательство — комплекс воздействий на ткани или органы Застрахованного лица, предусмотренных настоящими Полисными условиями и проводимых Врачом с целью лечения, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей.

Занятие спортом на профессиональном уровне – систематические занятия каким-либо видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие тренировки и участие в спортивных соревнованиях с целью получения дохода и/или спортивных разрядов (иных квалификационных категорий).

Лечение/Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих в себя предоставление Медицинских услуг, в том числе комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению Врача соответствующей специализации, целью которых в соответствии с общепринятым медицинским стандартом является устранение или облегчение проявлений Заболеваний или состояний Пациента, восстановление или улучшение его здоровья, предотвращение ухудшения здоровья.

Медицинская транспортировка – медицинская транспортировка Застрахованного лица машиной скорой помощи или специализированным вертолетом в соответствующее Медицинское учреждение либо из одного Медицинского учреждения в другое.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и Лечение Заболеваний.

Медицинское учреждение – применительно к настоящим Правилам страхования учреждения здравоохранения всех форм собственности, зарегистрированные и осуществляющие свою деятельность как в Российской Федерации, так и за рубежом, имеющие в той мере, в какой это применимо, соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности и с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях, или с которыми соответствующие договорные отношения заключены от имени и в интересах Страховщика Ассистанс, в целях оказания Медицинских услуг Застрахованным лицам Страховщика, или в которые Застрахованное лицо обратилось самостоятельно.

К Медицинским учреждениям относятся:

- лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ): больничные учреждения, диспансеры, клиники и другие;
- аптечные учреждения и (или) аптеки Медицинских учреждений.

Обследование (Check-up) – вид Медицинской услуги, представляющий собой, комплекс Медицинских услуг по медицинскому обследованию Застрахованного лица, предусмотренный условиями Договора страхования, осуществляемый Ассистанс, в случае обращения Застрахованного лица за получением указанного сервиса в течение срока действия Договора страхования. **Параметры Обследования (Check-up) указываются в Договоре / Программе страхования.**

Пациент – Застрахованное лицо, которому оказывается Медицинская помощь или которое обратилось за оказанием Медицинской помощи в связи с событием, застрахованным на основе настоящих Полисных условий.

Период ожидания – период времени, равный 6 (шести) месяцам с даты вступления Договора страхования в силу, если иное не предусмотрено Договором, в течение которого Медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, Страховщиком не возмещаются, а любые Заболевания, которые были диагностированы либо симптомы которых проявились в указанный период не признаются Страховым случаем. Период ожидания не применяется при возобновлении Договора страхования на новый период.

Программа страхования – условия страхования, указанные в Договоре страхования, включая список покрываемых Критических заболеваний, а также условий предоставления сервисов, связанных с организацией их лечения, и лимитов выплат.

Репатриация – процедура возвращения тела Застрахованного лица на территорию Российской Федерации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованное лицо постоянно проживало на территории Российской Федерации, необходимость которой обусловлена смертью при прохождении Лечения Критического заболевания или организации такого Лечения за пределами территории Российской Федерации либо в ином населённом пункте Российской Федерации вне места постоянного проживания Застрахованного лица при условии признания такого Лечения Страховым случаем.

Критические заболевания (далее также КЗ) – Заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного лица, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности и не вызванное несчастным случаем. В настоящих Правилах страхования под КЗ понимаются, Заболевания, указанные ниже, а также иные Заболевания, требующие Лечения, перечисленного в п. 3.3.1.1 настоящих Полисных условий:

1. Онкологические заболевания

Онкологическое заболевание означает присутствие новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося неконтролируемым ростом и пролиферацией в организме, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдаленными метастазами. Это определение также включает лейкемию, ракоподобные лимфомы, Онкологические заболевания кроветворных органов и Болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в покрытие, если новообразование больше или равно pT1bN0M0 (вертикальной толщине по Бреслоу > 1 мм, или с изъязвлением, или уровнем по Кларку IV/V).

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным Врачом-онкологом.

Примечание: Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам гистопатологического обследования.

Если гистопатологическое исследование невозможно по медицинским причинам (например, при наличии у Застрахованного лица Сомнительной опухоли), диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден Врачом-онкологом, а также КТ- или МРТ-исследованием.

Не признаются Онкологическими заболеваниями по настоящим Правилам страхования следующие исключения:

- Доброкачественные или предраковые новообразования;
- Предынвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);
- Цервикальная дисплазия CIN I–III;
- Карцинома мочевого пузыря стадии Ta;
- Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее), если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;
- Рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- Хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее, чем стадия III по RAI;
- Любые кожные новообразования, не упомянутые в определении;
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа.

* В соответствии с Международной классификацией TNM; Tis – Tumor in situ.

2. Трансплантация жизненно важных органов – хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному лицу пересаживают почку, сегмент печени или долю легкого от живого совместимого донора, либо сердце от совместимого донора.

К жизненно важным органам в соответствии с настоящими Правилами страхования относятся:

- сердце,
- легкие,
- печень,
- почки,

Не признаются Трансплантацией жизненно важных органов по настоящим Правилам страхования следующие исключения:

- селективная трансплантация поджелудочной железы клеток Лангерганса,
- пересадка других органов, частей органов или любой другой ткани,
- расходы на приобретение донорских органов.

Необходимость хирургического вмешательства должна быть подтверждена квалифицированным врачом, а факт операции должны быть подтверждены хирургическим протоколом.

3. Хирургическое лечение коронарных артерий

Операция на открытом сердце медиальной стернотомией, осуществляемая в целях излечения двух или более коронарных артерий со стенозом или обструкцией (вмешательство в основные коронарные артерии или одну крупную артерию и ветви другой артерии, или в две ветви двух основных коронарных артерий).

Не признаются Хирургическим лечением коронарных артерий по настоящим Правилам страхования следующие исключения:

- Баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий,
- Эндоскопические хирургические манипуляции,
- Лазерная ангиопластика,
- Любые другие внутриартериальные манипуляции,
- Другие нехирургические процедуры.

Необходимость хирургического вмешательства должна быть подтверждена коронарной ангиографией и факта операции должны быть подтверждены хирургическим протоколом.

4. Нейрохирургическое лечение

Хирургическое вмешательство в головной мозг и/или любые другие внутримозговые структуры, а также хирургическое лечение доброкачественных опухолей, локализованных в спинном мозге. Необходимость хирургического вмешательства должна быть подтверждена квалифицированным врачом, а также КТ- или МРТ-исследованием.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Страховщик заключает договоры страхования с дополнительной программой на случай наступления Критических заболеваний на основании настоящего Приложения и с учетом Программ страхования, определяющих общие условия страхования и порядок его заключения, исполнения, изменения, прекращения (далее по тексту – Условия страхования).

1.2. Субъектами страхования в соответствии с настоящим Приложением являются Страховщик, Страхователь (далее также Сторона, Стороны), Застрахованное лицо и Медицинские учреждения, как они определены в настоящих Правилах. Выгодоприобретателем в соответствии с настоящим Приложением является Застрахованное лицо.

1.3. В случае необходимости и по усмотрению Страховщика организация и координация при оказании Медицинских услуг Застрахованным лицам Страховщика может обеспечиваться Ассистанс.

1.4. На страхование принимаются лица на момент заключения Договора страхования, **если иное не предусмотрено договором:**

- не страдающие ожирением (т.е. разница между ростом (в см) и весом (в кг) Застрахованного лица составляет более 65, т.е. $\text{Рост (см)} - \text{Вес (кг)} \geq 65$);
- не страдающие хроническим гепатитом любой природы (за исключением вирусного гепатита А); циррозом печени;
- не инфицированные ВИЧ, не больные СПИДом;
- не страдающие психическими заболеваниями или эпилепсией;
- не страдающие сахарным диабетом, туберкулезом;

- не страдающие хронической почечной недостаточностью;
- не переносившие злокачественные онкологические заболевания, инфаркт миокарда, инсульт;
- не проходящие медицинское обследование и не имеющие показаний или рекомендаций к прохождению медицинского обследования с целью уточнения и/или установления факта наличия любого Заболевания;
- не имеющие рекомендаций Врача к Лечению любого Заболевания в стационаре;
- не употребляющие наркотические и/или токсические вещества без назначения Врача, не страдающие алкоголизмом;
- не принимающие участие в любых видах спорта на профессиональной основе, не участвующие в соревнованиях и попытках установления рекорда;
- не проходящие в настоящее время службу в вооруженных силах, не занятые в профессиональной или непрофессиональной авиации, не являющиеся работником атомной промышленности, профессиональными спортсменами.

1.5. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Дополнительная программа была заключена в отношении лица, к которому применимы п. 1.4 настоящего Приложения, и при этом Страхователем и (или) Застрахованным лицом была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья, служебных обязанностях или хобби, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинской и лекарственной помощи (Медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

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

3.2. Объем, виды страхового покрытия и их сочетание определяются в Программах страхования.

3.3. Объем страхового покрытия:

3.3.1. Организация предоставления и оплаты Медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь в связи с Критическим заболеванием, впервые диагностированным у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, за исключением периода ожидания.

При этом страховое покрытие распространяется на те виды КЗ и те виды Медицинских услуг, необходимых для проведения Лечения при КЗ, которые указаны в настоящем Приложении и прямо поименованы в соответствующей Программе страхования. На амбулаторное лечение страховое покрытие не распространяется, **за исключением химиотерапии и радиотерапии (лучевой терапии).**

3.3.1.1. В рамках страхового покрытия в соответствии с п. 3.3.1 Приложения и применительно к соответствующему виду КЗ возмещаются Медицинские услуги, оказываемые в связи с:

- лечением (хирургическим Лечением, химиотерапией, **радиотерапией (лучевой терапией)**) в связи с Онкологическими заболеваниями;
- удалением злокачественных опухолей путем лапароскопии либо открытого хирургического вмешательства по медицинским показаниям;
- оперативным вмешательством на сердечном клапане;
- операцией аортокоронарного шунтирования;
- трансплантацией сердца, легких, печени, почек, поджелудочной железы (за исключением трансплантации только островка Лангерганса), костного мозга и подвздошной кишки
- хирургическим вмешательством в головной мозг и/или любые другие внутричерепные структуры, а также хирургическим лечением доброкачественных опухолей, локализованных в спинном мозге (нейрохирургическое лечение).

3.3.1.2. В рамках страхового покрытия и в связи с Лечением, указанным в п. 3.3.1.1. настоящего Приложения, возмещению подлежат следующие расходы (если иное не предусмотрено Программой страхования):

- на медикаментозное Лечение, в том числе (но не ограничиваясь) расходы на медикаментозное Лечение Онкологических заболеваний, в связи с проведением лучевой терапии, химиотерапии;
- на предоперационную подготовку в условиях стационара;
- в связи с проведением хирургической операции;
- на госпитализацию для проведения трансплантации и в связи с проведением самой трансплантации;
- в связи с обеспечением наркоза и анестезии;
- на транспортировку и хранение органа для трансплантации;
- в связи с консультациями медицинских специалистов в рамках проведения стационарного лечения, а также в рамках Обследования и дачи Второго медицинского мнения;
- в связи с проведением медицинских исследований, сбором анализов в рамках проводимого стационарного лечения;
- на лекарственные средства и медицинские материалы, предписанные в рамках Стационарного и **амбулаторного лечения, назначенные Врачом - экспертом;**
- на пребывание в стационаре в целях оказания Медицинских услуг в одноместной или многоместной палате.

3.3.2. Организация и оплата Репатриации тела Застрахованного лица, включая расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованное лицо постоянно проживало на территории Российской Федерации, в случае если смерть Застрахованного лица наступила в период прохождения Застрахованным лицом Лечения КЗ. Расходы на Репатриацию возмещаются в размере фактически понесённых расходов в рамках годовой Страховой суммы по Договору страхования.

3.3.2.1. В случае если Репатриация тела Застрахованного лица организована без участия Страховщика, то расходы на Репатриацию возмещаются на основании предоставленных Страховщику счетов, подтверждающих несение соответствующих расходов, но не более лимита Страховой выплаты, указанного в Договоре страхования или в Программе страхования.

3.3.2.2. Если смерть Застрахованного лица наступила в период прохождения Лечения КЗ, оказываемого Застрахованному лицу в результате его самостоятельного обращения в Медицинское учреждение и без участия Страховщика в организации Лечения, в том числе в случаях, когда Страховщик был проинформирован о таком Лечении, то организация предоставления и оплата Репатриации тела Застрахованного лица производится только в случае если такое Лечение будет признано Страховым случаем. В любом случае Страховщик не оплачивает расходы в связи с оказанием ритуальных услуг.

3.3.3. Организация предоставления междугородних или международных авиа- или железнодорожных билетов эконом класса либо билетов на автобус эконом класса и оплата расходов по бронированию и оплате таких билетов для Застрахованного лица и/или одного совершеннолетнего сопровождающего лица, если Застрахованное лицо является Ребенком или лицом, за которым в соответствии с медицинскими рекомендациями квалифицированного врача нужен постоянный присмотр и уход, **если это предусмотрено договором страхования**, а также организация предоставления и оплаты расходов проживания в гостинице уровня, предусмотренного соответствующей Программой страхования, для Застрахованного лица (на период до размещения в стационаре) и/или одного совершеннолетнего сопровождающего лица, если Застрахованное лицо является Ребенком или лицом, за которым в соответствии с медицинскими рекомендациями квалифицированного врача нужен постоянный присмотр и уход, с целью получения стационарного лечения в связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным у Застрахованного лица в период действия Договора страхования. Настоящий пункт применяется, если это предусмотрено Программой страхования и в том объеме и качестве, которое предусмотрено соответствующей Программой страхования.

В случае организации стационарного лечения за пределами Российской Федерации, Ассистанс осуществляет визовую поддержку Застрахованного лица и/или одного совершеннолетнего

сопровождающего лица, если Застрахованное лицо является Ребенком или лицом, за которым в соответствии с медицинскими рекомендациями квалифицированного врача нужен постоянный присмотр и уход, **если это предусмотрено договором страхования**, а также оказывает поддержку в части услуг переводчика. Настоящий пункт применяется, если это предусмотрено Программой страхования и в том объеме и качестве, которое предусмотрено соответствующей Программой страхования.

3.3.4. Организация предоставления и оплаты Медицинской транспортировки в связи с Критическим заболеванием, впервые диагностированным у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, а именно:

3.3.4.1. Медицинская транспортировка машиной скорой помощи;

3.3.4.2. Медицинская транспортировка вертолетом.

3.4. Возмещение расходов на медикаменты производится по факту несения таких расходов и на основании представленных копий счетов (чеков) об оплате лекарственных средств и рецепта Врача, выписанного для Лечения в стационаре и в период пребывания на стационарном лечении на лекарственные средства в связи с наступлением КЗ, предусмотренного Договором страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ ЗАЯВЛЕННОГО СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

4.1. Не являются и не признаются Страховыми случаями и не возмещаются убытки, возникшие вследствие следующих событий:

- наркологическая помощь, косметологическое Лечение, включая пластическую хирургию, все виды протезирования (включая эндопротезирование (пластины, штифты, кардиостимуляторы и т.п.), кроме протезирования, прямо предусмотренного Программой медицинского страхования в связи с диагностированным КЗ;
- случаи обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение в связи с получением любого травматического повреждения, вызванного любым состоянием или расстройством, кроме травматических повреждений, вызванных непосредственно КЗ;
- случаи обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение по поводу КЗ, а также их последствий, наступивших вследствие активного участия Застрахованного лица в беспорядках, умышленного участия в драках или при совершении уголовно наказуемых деяний;
- оказание Медицинских услуг в рамках амбулаторного Лечения, в том числе расходы на консультации медицинских специалистов и проведение медицинских исследований после окончания Стационарного лечения;
- расходы на медикаменты, предписанные после окончания Стационарного лечения, которые следует продолжать принимать в амбулаторном порядке, **за исключением случаев, прописанных в п. 3.3.1.2;**
- неврачебный домашний уход, а также гериатрические и реабилитационные мероприятия, коррекционная педагогика и экспериментальные методы Лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения;
- заболевания, наступившие или усугубившиеся вследствие злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами, или Лечение которых осложняется последствиями злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами, а также меры по отвыканию и Лечение алкоголизма и наркомании;
- необходимость Стационарного лечения врожденных Заболеваний (включая пороки развития, выявленные внутриутробно), кроме случаев, когда необходимость Стационарного лечения была обнаружена/диагностирована и предписана Врачом после вступления Договора страхования в силу;
- любое Лечение у несертифицированных Врачей, в несертифицированных Медицинских учреждениях или с помощью несертифицированных/нестандартизованных средств и способов;
- любые Медицинские услуги, необходимые при наличии СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или любого другого медицинского

состояния, возникающего на их основе (включая саркому Капоши), или любое Лечение СПИДа или ВИЧ;

- расходы, связанные с покупкой (или арендой) любого типа протезов или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных конечностей или органов, париков (даже когда их использование считается необходимым в ходе химиотерапии), ортопедической обуви, приспособлений для поддержки и прочих схожих приспособлений или предметов, за исключением грудных протезов, использованных в результате хирургической операции по удалению молочной железы и протезов клапанов сердца;
- расходы в связи с регулярной транспортировкой обычным транспортом и расходы, связанные с осуществлением или понесенные в результате осуществления Застрахованным лицом поездки за рубеж (в том числе проживание за рубежом и транспортные расходы), кроме расходов, предусмотренных настоящими Полисными условиями;
- расходы на услуги переводчика, телефонной связи и прочие расходы в связи с использованием услуг немедицинского назначения в личных целях или любых других услуг для родственников, сопровождающих лиц.

4.2. Заявленное Событие не признается страховым, если оно:

- произошло в результате или было вызвано любой Болезнью, смертью, прямо или косвенно относящимися к ВИЧ, и/или любой Болезнью, связанной с ВИЧ, включая СПИД, и/или любой мутантной производной, вариациями или осложнениями данных Заболеваний;
- произошло в результате или было вызвано Лечением нервных или умственных Заболеваний Застрахованного лица, вне зависимости от их классификации, психиатрических отклонений, умственной депрессии или умственного психического расстройства (психоза);
- произошло в результате или было вызвано любыми Болезнями Застрахованного лица, имевшимися до начала действия Договора страхования, которые когда-либо требовали госпитализации, амбулаторного Лечения или были диагностированы до наступления первого дня срока действия Договора страхования;
- вызвано употреблением Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным Врачом;
- вызвано употреблением Застрахованным лицом алкоголесодержащих и наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным Врачом;
- произошло во время нахождения Застрахованного лица в составе вооруженных сил любого государства;
- произошло во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы или предварительного заключения;
- произошло вследствие совершения или попытки совершения преступления Застрахованным лицом либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Страховой выплаты по Договору страхования;
- произошло вследствие управления Застрахованным лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное лицо не имеет права управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца), либо в случае, когда Застрахованное лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- произошло в результате беременности, родов, выкидыша, аборта;
- **не признается страховым согласно заключению по Второму медицинскому мнению.**

4.3. Любое изменение объема исключений из страхового покрытия, ограничение по размеру Страховой выплаты и иные условия Договора страхования, прямо или косвенно влияющие на применение данного раздела настоящего Приложения, в Договоре страхования допускаются по соглашению Сторон Договора страхования в случае, если такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации.

4.4. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда Страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
 - изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения имущества по распоряжению государственных органов
 - умысла Страхователя или Застрахованного лица;
 - в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.5. Страховщик не производит Страховую выплату в случаях, когда событие не признано Страховым случаем в силу условий, на которых заключен Договор страхования, в том числе если событие подпадает под исключения из страхового покрытия, отраженных в настоящем разделе Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон.

5.2. Страховая сумма для каждой из Программ страхования устанавливается Страховщиком исходя из перечня Медицинских услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования, и стоимости этих услуг в Медицинских учреждениях, на базе которых осуществляется Лечение по данной Программе страхования.

5.3. В отношении отдельных видов Медицинских услуг по соответствующим Программам страхования могут устанавливаться лимиты выплаты, которые указываются в соответствующей Программе страхования и (или) в Договоре страхования.

5.4. По соглашению Сторон Страховые суммы по Договору страхования по различным рискам могут быть установлены в различной валюте. Расчеты между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) осуществляются в валюте Российской Федерации по курсу Банка России на дату внесения платежа/осуществления выплаты, если иной курс или иная дата его определения не установлены законом или соглашением сторон.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Размер Страховой премии исчисляется исходя из степени принимаемого на страхование риска, Страховых сумм, тарифных ставок, срока страхования, объема страхового покрытия и территории его действия, порядка уплаты Страховой премии, а также с учетом расходов на ведение дела Страховщика, в том числе связанных с заключением Договора страхования.

6.2. Страховая премия по Договору страхования оплачивается ежегодно либо единовременно наличным или безналичным расчетом на расчетный счет Страховщика, указанный в Договоре страхования, в рублях Российской Федерации, если Договором страхования не предусмотрены иная форма или иные условия оплаты.

6.3. Страховая премия по дополнительной программе уплачивается в сроки и в размере, которые указаны в Договоре страхования.

7. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату Медицинских услуг/ услуг по Репатриации/ иных услуг, предусмотренных программой страхования и Договором страхования / на получение Страховой выплаты, предусмотренной Договором страхования и соответствующей Программой страхования, наступает с даты, указанной в Договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате Страховой премии, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.2. Предоставление Медицинской помощи/Репатриации/Медицинской транспортировки/иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой Страхования и Договором страхования, осуществляется:

1) путем обращения Застрахованного лица (или заинтересованного лица в случае нахождения Застрахованного лица в состоянии, не позволяющем связаться с Ассистанс, или в случае Репатриации) по контактному телефону Ассистанс, или

2) путем обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение, если организация Лечения проходит без участия Страховщика, в том числе в случаях, когда Страховщик был проинформирован о таком Лечении.

3) путем самостоятельной организации заинтересованным лицом Репатриации, если организация Репатриации проходит без участия Страховщика, в том числе в случаях, когда Страховщик был проинформирован о такой Репатриации.

По всем вопросам, возникающим в ходе реализации предоставленных Страховым полисом прав, Застрахованное лицо (или заинтересованные лица в случае нахождения Застрахованного лица в состоянии, не позволяющем связаться с Ассистанс, или в случае Репатриации) вправе обращаться по контактному телефону Ассистанс, указанному в Договоре страхования и (или) соответствующей Программе страхования.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных Медицинскими учреждениями, либо услуг по Репатриации, либо иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования и Договором страхования, производится Страховщиком либо по его поручению Ассистанс исходя из фактических затрат на оказание Медицинской помощи и Медицинских услуг, либо осуществления Репатриации, либо оказания иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования и Договором страхования в пределах Страховой суммы, установленной по Договору страхования, путем перечисления денежных средств на счет соответствующего Медицинского учреждения/организатору Репатриации, либо на счет соответствующего Ассистанс для последующего перечисления в Медицинское учреждение/организатору Репатриации, либо на банковский счет Застрахованному лицу (или заинтересованному лицу в случае организации Репатриации) в случаях, когда последний понес расходы (оплатил Медицинские услуги/Репатриацию) самостоятельно. Оплата Медицинских услуг/Репатриации осуществляется в сроки, согласованные Договором с Медицинским учреждением/организатором Репатриации, Договором с Ассистанс или в случае осуществления выплаты Застрахованному лицу (или заинтересованные лица в случае организации Репатриации) – в сроки, указанные в настоящих Правилах страхования.

7.3.1. Виды Медицинских и иных услуг, подлежащих оплате, указываются в соответствующей Программе страхования. Страховая выплата по оказанным Медицинским и иным услугам/Репатриации производится в пределах Страховой суммы, установленной по соответствующей Программе страхования, либо, если установлено Договором страхования или Программой страхования, – в пределах лимитов выплаты по отдельному виду Медицинских и иных услуг/Репатриации.

7.3.2. Перечисление денежных средств в счёт оплаты Медицинских и иных услуг производится Страховщиком или по поручению Страховщика Ассистанс после получения от Медицинского учреждения счета с указанием диагноза (его кодировки), сроков Лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, предусмотренной Договором страхования.

7.3.3. Перечисление денежных средств в счёт оплаты Репатриации Страховщиком или по поручению Страховщика Ассистанс после получения от организатора Репатриации счета с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным в отношении Застрахованного лица в пределах Программы страхования, предусмотренной Договором страхования.

7.3.4. Перечисление денежных средств на счет Медицинского учреждения для оплаты лекарственных средств осуществляется после получения от Медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре (счете) указываются номер Страхового полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, фамилия Врача, выписавшего рецепт.

7.3.5. Страховщик/Ассистанс вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу Медицинских услуг (лекарственной помощи) их перечню, предусмотренному условиями Договора страхования (Программы страхования).

7.3.6. В случае оплаты Ассистанс по поручению Страховщика стоимости услуг, оказанных Медицинскими учреждениями либо организатором Репатриации, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской помощи и Медицинских услуг либо осуществления Репатриации в пределах Страховой суммы, установленной по Договору страхования, Страховщик производит последующую

оплату расходов Ассистанс на основании выставленного Ассистанс счета с приложением копий документов из Медицинских учреждений/от организатора Репатриации.

7.4. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента вынесения Страховщиком решения о признании события Страховым случаем. Решение о признании события Страховым случаем Страховщик принимает в форме Акта о Страховом случае в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты представления Страховщику полного комплекта документов, указанных в пп. 7.6–7.7 настоящего Приложения.

7.5. Принятие решения о Страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового события, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс и (или) Страховщиком назначена дополнительная проверка, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших Страховой выплате.

При этом Страховщик направляет Застрахованному лицу письменное уведомление с указанием причины отсрочки в принятии решения о Страховой выплате.

7.6. Для оплаты (компенсации) расходов по Страховому случаю, понесенных в связи с оказанием Застрахованному лицу Медицинской помощи либо в связи с Репатриацией тела Застрахованного лица, Страховщику предоставляются следующие документы:

- копия Договора страхования (Страхового полиса) (оригинал предоставляется на обозрение по запросу Страховщика);
- копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (если Застрахованное лицо в возрасте до 14 (четырнадцати) полных лет – копия свидетельства о рождении);
- копия медицинского направления на Лечение;
- официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, медицинская карта) (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо в установленном законом порядке);
- счет/счета Медицинского учреждения, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг и их оплату;
- счет/счета организатора Репатриации, подтверждающие факт осуществления Репатриации Застрахованного лица (если применимо) и ее оплату;
- счет/счета организатора Медицинской транспортировки, подтверждающие факт осуществления Репатриации Застрахованного лица (если применимо) и ее оплату;
- документ, подтверждающий срок оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг;
- документ, подтверждающий перечень Медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу;
- другие документы, если предусмотрено Договором страхования;
- заявление о Страховой выплате установленного Страховщиком образца.

7.7. Страховщик также вправе запросить, а Застрахованное лицо обязано предоставить следующие документы, в той мере, в какой они имеют или могут иметь отношение к наступившему событию:

- копия медицинской карты стационарного больного либо полная выписка из нее с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, Лечение и сроках Лечение (если имело место Стационарное лечение/нахождение в реанимации), а также, в случае проведения обследований и манипуляций, полные данные с их результатами (в том числе результаты рентгенографического обследования (снимки с описанием), протокол хирургического вмешательства и т.д.);
- медицинский документ о первичном обращении за Медицинской помощью с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, Лечение;
- выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечение;
- выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечение;
- переводной эпикриз в случае перевода Застрахованного лица из одного Медицинского учреждения в другое;

7.8. Любой иной, специальный, в том числе более узкий, перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, может быть согласован по обоюдному согласию Сторон Договора страхования, если это продиктовано индивидуальными особенностями и условиями страхования, обстоятельствами дела и прочими особенностями. В этом случае Стороны закрепляют такое соглашение в Договоре страхования, приложениях или дополнениях к нему либо в виде отдельного соглашения Сторон.

7.9. При предварительном обращении Застрахованного лица в Ассистанс в целях оказания Медицинских и иных услуг/осуществления Репатриации/осуществления Медицинской транспортировки Застрахованное лицо (или заинтересованного лица в случае нахождения Застрахованного лица в состоянии, не позволяющем связаться с Ассистанс, или в случае Репатриации) обязано предоставить Страховщику документы, указанные в пп. 7.6–7.7 настоящего Приложения. Настоящий список документов может быть сокращен Страховщиком в одностороннем порядке в зависимости от характера наступившего Страхового случая, при этом окончательный перечень необходимых документов сообщается Застрахованному лицу при обращении в Ассистанс.

7.10. Все документы, предусмотренные в пп. 7.6–7.7 настоящего Приложения и предоставляемые Страховщику в связи с обращением за Страховой выплатой, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод на русский язык. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка Врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о Страховой выплате до предоставления документов надлежащего качества.

7.11. Документы для решения вопроса о Страховой выплате должны быть предоставлены в виде оригиналов либо надлежащим образом заверенных копий (копий, заверенных печатью выдавшего учреждения, подписью уполномоченного лица либо нотариально), если иная форма документа прямо не предусмотрена в пп. 7.9.–7.10 настоящего Приложения.

7.12. Все заявления о Страховой выплате должны быть представлены в письменной форме по форме, установленной Страховщиком. Все свидетельства, информация и доказательства, документы, предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования и запрошенные Страховщиком, должны быть представлены бесплатно, в такой форме и такого содержания, как запрашивает Страховщик. Для возможности принятия Страховщиком решения о Страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Законный представитель) должен направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошло Страховое событие, даты, места и обстоятельств наступления Страхового события, желаемого способа получения Страховой выплаты с указанием всех необходимых реквизитов.