

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ  
КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
(в редакции от 07 мая 2019 года)**

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Субъекты страхования
4. Страховые риски, страховые случаи
5. Исключения из объема страхового покрытия
6. Страховые суммы, страховая премия (страховые взносы), форма и порядок оплаты
7. Порядок заключения, форма и действие Договора страхования
8. Права и обязанности Сторон по Договору страхования
9. Определение размера и порядок осуществления страховых выплат
10. Прекращение действия Договора страхования
11. Валюта Договора страхования
12. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)
13. Порядок разрешения споров
14. Обработка персональных данных

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

1.4. В Правилах используются следующие определения и термины:

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

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

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

**Заболевание** – диагностированное впервые в течение срока действия Договора страхования квалифицированным специалистом (врачом) нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

**Критическое заболевание** – заболевание, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного Лица, приводящее к инвалидности и характеризующееся чрезвычайно высоким уровнем смертности и не вызванное несчастным случаем. При этом страховое покрытие распространяется на те виды критических заболеваний и те виды медицинских услуг, необходимых для проведения лечения при диагностировании критических заболеваний, которые указаны в настоящих Правилах и прямо поименованы в Договоре страхования:

- **Злокачественное онкологическое заболевание**

Под страхование подпадает медицинское состояние, требующее онкологического лечения, которое было впервые диагностировано в течение срока действия Договора страхования, согласно заключению сертифицированного медицинского специалиста (врача-специалиста), и которое было признано Страховщиком в качестве страхового случая.

**Злокачественные новообразования:** означает любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или – в случае системных раковых заболеваний – цитологическими доказательствами.

- **Трансплантация костного мозга**

Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного Лица. Во избежание сомнений, трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты.

Под страхование подпадает медицинское состояние Застрахованного Лица, требующее трансплантации, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения, одобренного Страховщиком, в течение периода страхования, как подробно описано ниже.

Для признания трансплантации страховым случаем дополнительно должны существовать совокупные условия, описанные ниже:

- необходимость в проведении трансплантации должна возникнуть в период действия Договора страхования;
- два врача-специалиста в соответствующей области медицины определяют необходимость трансплантации на основании принятых медицинских критериев;
- трансплантация будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться трансплантация;
- трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования;
- трансплантация будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться трансплантация;
- появился орган, подходящий для трансплантации Застрахованному Лицу, и определена больница, которая взяла на себя выполнение трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования (Страховом полисе).

- **Трансплантация органов от живого донора или костного мозга**

Трансплантация – хирургическое удаление легкого, почки, поджелудочной железы, печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного Лица и трансплантация вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или трансплантация костного мозга в организм Застрахованного Лица. Во избежание сомнений, трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты.

Под страхование подпадает медицинское состояние Застрахованного Лица, требующее трансплантации, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения, одобренного Страховщиком, в течение периода страхования, как описано ниже. Для признания трансплантации страховым случаем дополнительно должны существовать совокупные условия, описанные ниже:

- необходимость в проведении трансплантации должна возникнуть в период действия Договора страхования;
- два врача-специалиста в соответствующей области медицины определяют необходимость трансплантации на основании принятых медицинских критериев.
- трансплантация будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться трансплантация.
- трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования.
- трансплантация будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться трансплантация.
- появился орган, подходящий для трансплантации Застрахованному Лицу, и определена больница, которая взяла на себя выполнение трансплантации в пределах ответственности, указанных в Договоре страхования (Страховом полисе).

- **Хирургическое лечение сердечных клапанов**

Хирургическая операция по рекомендации кардиолога, направленная на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов.

Необходимость операции должна быть обусловлена развитием стеноза / недостаточности или комбинацией этих состояний и возникнуть в период действия Договора страхования.

- **Аортокоронарное шунтирование**

Хирургическая операция по рекомендации кардиолога, направленная на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов).

Необходимость операции должна возникнуть в период действия Договора страхования и быть подтверждена результатами коронарной ангиографии.

- **Нейрохирургия**

Любое хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга.

Под страхование подпадает медицинское состояние Застрахованного Лица, требующее хирургического вмешательства, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста из сертифицированного медицинского учреждения, одобренного Страховщиком.

Необходимость операции должна возникнуть в период действия Договора страхования и быть подтверждена данными магнитно-резонансной томографии.

- **Кардиохирургия**

Хирургическая операция по рекомендации врача-кардиолога, направленная на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Диагноз должен быть установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден методом радиологической диагностики.

**Андеррайтинг (оценка страхового риска)** – процесс отбора и классификации Страховщиком степени риска, необходимый для определения условий страхования при заключении Договора страхования.

**Декларация о состоянии здоровья и факторах риска (декларация)** – составная часть Договора страхования о состоянии здоровья Застрахованного и об отсутствии у него медицинских, профессиональных и прочих факторов риска, требующих индивидуальной оценки Страховщиком для определения условий страхования.

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

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

**Лечение/Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, включающих в себя медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного в поддержании и восстановлении его здоровья.

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

**Период ожидания** – период времени с даты вступления Договора страхования в силу в течение которого медицинские услуги, оказанные Застрахованному, не возмещаются Страховщиком, а любые заболевания, которые были диагностированы либо симптомы которых проявились в указанный период, не признаются страховым случаем. Период ожидания не

применяется при непрерывной пролонгации Договора страхования на новый период без изменения Застрахованного.

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

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

**Страховая выплата** – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному, Выгодоприобретателю или наследникам Застрахованного при наступлении страхового случая.

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

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования в соответствии с Правилам страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью, с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг.

2.2. Территория страхового покрытия: страховое покрытие действует 24 (Двадцать четыре) часа в сутки, 365 (Триста шестьдесят пять) дней в году и предоставляется по всему миру.

2.3. Территория оказания услуг по рискам, указанным в п.п. 4.1.2 – 4.1.3 Правил:

2.3.1. при организации лечения – Российская Федерация;

2.3.2. при проведении диагностических исследований для подтверждения/корректировки диагноза, а также составления плана лечения – Израиль, Южная Корея, Европа (за исключением Швейцарии).

2.4. Территория оказания услуг по риску, указанному в п. 4.1.4 Правил Израиль, Германия, Турция, Испания, Южная Корея, Российская Федерация.

## **3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

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

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

3.3. **Застрахованный** – лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью, с оплатой организации и оказания медицинских и иных услуг, являются объектом страхования.

3.4. **Выгодоприобретатель** – если иное не предусмотрено Договором страхования, по рискам, указанным в Правилах, Выгодоприобретателем является Застрахованный по этим рискам.

3.5. **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.

3.6. **Ассистанская компания** – Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, которое на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, оказывает Страховщику услуги координатора (организатора) оказания услуг Застрахованным Страховщика и (или) по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования.

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

4.1. Страховыми рисками признаются следующие предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование, произошедшие в период действия Договора страхования:

4.1.1. Первичная постановка Застрахованному Лицу диагноза «Злокачественное онкологическое заболевание», подтвержденного онкологом в Медицинском учреждении на территории Российской Федерации в течение срока действия Договора страхования (за исключением периода ожидания), не повлекшего смерть Застрахованного Лица в течение 30 (тридцати) дней с даты первичного диагностирования.

4.1.1.1. В рамках страхового покрытия, предусмотренного п. 4.1.1 Правил, период ожидания устанавливается равным 120 (Ста двадцати) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу.

4.1.2. Организация предоставления и оплаты Медицинских и иных услуг в период действия Договора страхования в Медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в связи с наступлением «Злокачественного онкологического заболевания», «Трансплантации костного мозга», впервые диагностированного у Застрахованного Лица в период действия Договора страхования, за исключением периода ожидания.

4.1.2.1. В соответствии с п. 4.1.2. Правил покрываются следующие операции и/или другие медицинские услуги:

- а) лечение злокачественного онкологического заболевания;
- б) предварительная диагностика за рубежом (согласно п. 2.3.2 Правил) для подтверждения/корректировки начального диагноза, а также составления плана онкологического лечения;
- в) трансплантация костного мозга.

4.1.2.2. В рамках страхового покрытия, предусмотренного п. 4.1.2 Правил, период ожидания устанавливается равным:

- 120 (Ста двадцати) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу – для события «Лечение злокачественного онкологического заболевания»;
- 180 (Ста восьмидесяти) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу – для события «Трансплантация костного мозга».

4.1.2.3. В рамках страхового покрытия, в соответствии с п. б) п. 4.1.2.1 Правил, Страховщик оплачивает следующие услуги:

- а) Медицинская транспортировка (медицинская эвакуация) Застрахованного к поставщику медицинских услуг вне Российской Федерации (согласно п. 2.3.2 Правил) и возвращение обратно (за исключением санавиации): транспортировка Застрахованного от дома (из Медицинского учреждения) до аэропорта автомобилем скорой медицинской помощи (при наличии медицинских показаний) или на такси, оплата билета эконом класса из Российской Федерации до страны прохождения обследования для Застрахованного и

одного сопровождающего лица (при наличии медицинских показаний – оплата медицинского сопровождения и дополнительных мест и оборудования в самолете при полете регулярным рейсом), встреча в аэропорту и транспортировка автомобилем скорой медицинской помощи или на такси до гостиницы или до медицинского учреждения, в котором будет проводиться обследование или продолжение лечения при возвращении в Российскую Федерацию.

- б) Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения (согласно п. 2.3.2 Правил), в том числе:
- сопровождение Застрахованного в течение периода лечения;
  - помощь в получении визы на время и с целью прохождения диагностики за пределами Российской Федерации для Застрахованного и одного сопровождающего. Во избежание сомнения, визовый сбор оплачивается Застрахованным самостоятельно;
  - помощь в бронировании и оплата авиа или ж/д, или автобусных билетов в страну назначения и обратно на время и с целью прохождения диагностики за пределами Российской Федерации для Застрахованного и одного сопровождающего;
  - услуги по устному и письменному переводу на русский язык и на иностранный язык во время общения Застрахованного с медицинским персоналом в медицинском учреждении, выполняющем диагностику для подтверждения (проверки) диагноза.
- в) Подтверждение диагноза в медицинских учреждениях по выбору Страховщика:
- консультации врачей-специалистов;
  - диагностические вмешательства, направленные на проверку и (или) подтверждение диагноза, поставленного в Российской Федерации, проводимые амбулаторно, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
  - предоставление заключения по результатам проведенного обследования с рекомендациями по дальнейшему лечению при необходимости.
- г) Проживание Застрахованного и одного сопровождающего: подлежит оплате проживание в отеле (3 (Три) или 4 (Четыре) звезды) с оплатой завтраков и услуг, включенных в стоимость номера для Застрахованного и его сопровождающего во время поездки за рубеж с целью подтверждения диагноза.
- д) Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного и его сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости повторных посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования.
- е) Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного или его сопровождающего во время поездки за рубеж из Российской Федерации с целью подтверждения диагноза: транспортировка из-за границы останков Застрахованного или его сопровождающего до аэропорта в Российской Федерации, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного или сопровождающего;
- ж) В случае окончания срока действия Договора страхования Страховщик оплачивает поездку и обследование вне территории Российской Федерации по случаям, заявленным Застрахованным и признанным Страховщиком в качестве страховых случаев в течение действия Договора страхования, в следующем объеме: подлежат оплате услуги, оказанные до возвращения Застрахованного на территорию Российской Федерации и в течение 30 (Тридцати) дней после окончания Договора страхования.

4.1.2.4. В рамках страхового покрытия, в соответствии с п.п. а) и в) п. 4.1.2.1 Правил, Страховщик оплачивает лечение на территории Российской Федерации, проводимое по поводу злокачественного новообразования при наступлении страхового случая с покрытием следующих услуг:

- а) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:
- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
  - диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика на территории Российской Федерации, в том

числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;

- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций и трансплантации костного мозга), включающие хирургическое лечение, радиотерапию, химиотерапию (включая медикаментозное обеспечение), таргетную терапию, иммунотерапию, биологическую терапию и иные методы лечения, научно обоснованные, разрешенные к применению на территории Российской Федерации и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика на территории Российской Федерации;
  - трансплантация костного мозга, выполняемая медицинским учреждением по выбору Страховщика, имеющим соответствующую лицензию;
  - имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 13 500 (Тринадцать тысяч пятьсот) евро в год на один страховой случай;
  - лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
  - размещение в палате, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост.
- б) Экспертиза временной нетрудоспособности.
- в) Предоставление различной медицинской документации.
- г) Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения (согласно п. 2.3.1 Правил):
- сопровождение Застрахованного в течение периода лечения;
  - транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего автомобилем скорой медицинской помощи (при наличии медицинских показаний) или на такси от места проживания и обратно при необходимости повторных посещений медицинских учреждений во время прохождения лечения.
- д) В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного из стационара, но не более 30 (Тридцати) календарных дней. Если сообщение о страховом случае было заявлено Застрахованным и признано Страховщиком в качестве страхового случая в течение срока действия Договора страхования, то Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях в течение не более 30 (Тридцати) календарных дней после окончания срока страхования.

4.1.2.5. В рамках страхового покрытия по «Трансплантации костного мозга» возмещаются следующие услуги:

- а) Затраты на медицинскую диагностику и медицинское лечение, предоставленное Застрахованному в рамках госпитализации в заранее согласованной больнице, в которой проводилась трансплантация или медицинское лечение, в соответствии со страховой защитой по Договору страхования.
- б) Выплаты медицинской бригаде, выполнявшей хирургическое вмешательство, и затраты операционной, возникшие в связи с трансплантацией или медицинским лечением, в соответствии со страховой защитой по Договору страхования.
- в) Оплата госпитализации в больнице, с которой заключено соглашение, до 30 (Тридцати) календарных дней до трансплантации или лечения в соответствии со страховой защитой по Договору страхования и до 335 (Трехсот тридцати пяти) календарных дней после трансплантации или лечения, включая оплату диагностических исследований, лабораторных исследований и лекарственных препаратов во время всего периода госпитализации.



- г) Затраты, возникшие в связи с транспортировкой тела Застрахованного в его страну проживания, в случае смерти Застрахованного во время получения медицинской помощи в соответствии со страховой защитой по Договору страхования в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
- д) Следующие сопутствующие расходы:
- поиск органа для трансплантации костного мозга, как указано в настоящих Правилах, его консервирование и транспортировка к месту трансплантации – в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования;
  - расходы на поездку туда и обратно – затраты на билет на самолет туда и обратно эконом классом для Застрахованного и одного сопровождающего или, если Застрахованным является несовершеннолетнее лицо – на двух сопровождающих в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
  - затраты на перевозку специальным медицинским самолетом и обоснованные затраты на перевозку наземным транспортом от аэропорта до больницы, если Застрахованный по мнению врача Страховщика не может по медицинским причинам осуществлять перелет на регулярном коммерческом рейсе в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
  - расходы на проживание – необходимые расходы на Застрахованного и одного сопровождающего в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
  - расходы, связанные с предоставлением врача-эксперта в страну проживания – для проведения трансплантации в соответствии со случаем по одному страховому случаю при условии, что общие затраты не превышают суммы, указанной в Договоре страхования.
- е) Страховщик берет на себя обязательство провести одну трансплантацию костного мозга, как указано в Правилах, в каждый полисный год; в случае повторной трансплантации костного мозга, как указано в Правилах, такая трансплантация считается отдельным страховым случаем. Ответственность Страховщика не должна превышать 5 (Пяти) трансплантаций костного мозга, как указано в Правилах, в течение всего срока страхования по Договору страхования.

4.1.3. Организация предоставления и оплаты Медицинских и иных услуг в период действия Договора страхования в Медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в связи с наступлением Критического заболевания, в соответствии с приведенным в пп. 4.1.3.1 Правил перечнем, впервые диагностированного у Застрахованного Лица в период действия Договора страхования, за исключением периода ожидания.

4.1.3.1. В соответствии с п. 4.1.3. Правил покрываются следующие критические заболевания и операции и/или другие медицинские услуги, связанные с ними:

- а) Лечение злокачественного онкологического заболевания.
- б) Предварительная диагностика за рубежом (согласно п. 2.3.2 Правил) для подтверждения/корректировки начального диагноза, а также составления плана онкологического лечения.
- в) Трансплантация органов от живого донора или костного мозга.
- г) Хирургическое лечение сердечных клапанов.
- д) Аортокоронарное шунтирование.
- е) Нейрохирургия.

4.1.3.2. В рамках страхового покрытия, предусмотренного п. 4.1.3 Правил, период ожидания устанавливается равным:

- 120 (Ста двадцати) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу – для событий «Лечение злокачественного онкологического заболевания», «Аортокоронарное шунтирование», «Хирургическое лечение сердечных клапанов», «Нейрохирургия»;

- 365 (Тремстам шестидесяти пяти) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу – для события «Трансплантация органов от живого донора», исключая костный мозг;
- 180 (Ста восьмидесяти) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу – для события «Трансплантация костного мозга».

4.1.3.3. В рамках страхового покрытия, в соответствии с п. б) п. 4.1.3.1 Правил, Страховщик оплачивает следующие услуги:

- а) Медицинская транспортировка (медицинская эвакуация) Застрахованного к поставщику медицинских услуг вне Российской Федерации (согласно п. 2.3.2 Правил) и возвращение обратно (за исключением санавиации): транспортировка Застрахованного от дома (из медицинского учреждения) до аэропорта автомобилем скорой медицинской помощи (при наличии медицинских показаний) или на такси, оплата билета эконом класса из Российской Федерации до страны прохождения обследования для Застрахованного и одного сопровождающего (при наличии медицинских показаний – оплата медицинского сопровождения и дополнительных мест и оборудования в самолете при полете регулярным рейсом), встреча в аэропорту и транспортировка автомобилем скорой медицинской помощи или на такси до гостиницы или до медицинского учреждения, в котором будет проводиться обследование или продолжение лечения при возвращении в Российскую Федерацию;
- б) Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения (согласно п. 2.3.2 Правил), в том числе:
  - сопровождение Застрахованного в течение периода лечения;
  - помощь в получении визы на время и с целью прохождения диагностики за пределами Российской Федерации для Застрахованного и одного сопровождающего. Во избежание сомнения, визовый сбор оплачивается Застрахованным самостоятельно.
  - помощь в бронировании и оплата авиа или ж/д, или автобусных билетов в страну назначения и обратно на время и с целью прохождения диагностики за пределами Российской Федерации для Застрахованного и одного сопровождающего.
  - услуги по устному и письменному переводу на русский язык и на иностранный язык во время общения Застрахованного с медицинским персоналом в медицинском учреждении, выполняющем диагностику для подтверждения (проверки) диагноза.
- в) Подтверждение диагноза в Медицинских учреждениях по выбору Страховщика:
  - консультации врачей-специалистов;
  - диагностические вмешательства, направленные на проверку и (или) подтверждение диагноза, поставленного в Российской Федерации, проводимые амбулаторно, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
  - предоставление заключения по результатам проведенного обследования с рекомендациями по дальнейшему лечению (при необходимости).
- г) Проживание Застрахованного и одного сопровождающего: подлежит оплате проживание в отеле (3 (Три) или 4 (Четыре) звезды) с оплатой завтраков и услуг, включенных в стоимость номера для Застрахованного и его сопровождающего во время поездки за рубеж с целью подтверждения диагноза.
- д) Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости повторных посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования.
- е) Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного или сопровождающего во время поездки за рубеж из Российской Федерации с целью подтверждения диагноза: транспортировка из-за границы останков Застрахованного или его сопровождающего до аэропорта в Российской Федерации, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного или сопровождающего;
- ж) В случае окончания срока действия Договора страхования Страховщик оплачивает поездку и обследование вне территории Российской Федерации по случаям, заявленным

Застрахованным и признанным Страховщиком в качестве страховых случаев в течение действия Договора страхования в следующем объеме: подлежат оплате услуги, оказанные до возвращения Застрахованного на территорию Российской Федерации и в течение 30 (Тридцати) календарных дней после окончания Договора страхования.

4.1.3.4. В рамках страхового покрытия в соответствии с п.п. а), в) – е) п. 4.1.3.1 Правил, Страховщик оплачивает лечение на территории Российской Федерации, проводимое по поводу наступления страхового случая с покрытием следующих услуг:

- а) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:
  - осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
  - диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика на территории Российской Федерации, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
  - лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций и трансплантации костного мозга), включающие хирургическое лечение, радиотерапию, химиотерапию (включая медикаментозное обеспечение), таргетную терапию, иммунотерапию, биологическую терапию и иные методы лечения, научно обоснованные, разрешенные к применению на территории Российской Федерации и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика на территории Российской Федерации;
  - трансплантация костного мозга, выполняемая медицинским учреждением по выбору Страховщика, имеющим соответствующую лицензию;
  - имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 13 500 (Тринадцать тысяч пятьсот) евро в год на один страховой случай;
  - лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
  - размещение в палате, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост.
- б) Экспертиза временной нетрудоспособности.
- в) Предоставление различной медицинской документации.
- г) Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения (согласно п. 2.3.1 Правил):
  - сопровождение Застрахованного в течение периода лечения;
  - транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного и его сопровождающего автомобилем скорой медицинской помощи (при наличии медицинских показаний) или на такси от места проживания и обратно при необходимости повторных посещений медицинских учреждений во время прохождения лечения.

д) В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного из стационара, но не более 30 (Тридцати) календарных дней. Если сообщение о страховом случае было заявлено Застрахованным и признано Страховщиком в качестве страхового случая в течение срока действия Договора страхования, то Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях в течение не более 30 (Тридцати) календарных дней после окончания срока страхования.

4.1.3.5. В рамках страхового покрытия по «Трансплантации органов от живого донора или костного мозга» возмещаются следующие услуги:

- а) Затраты на медицинскую диагностику и медицинское лечение, предоставленное Застрахованному в рамках госпитализации в заранее согласованной больнице, в которой

проводилась трансплантация или медицинское лечение, в соответствии со страховой защитой по Договору страхования.

- б) Выплаты медицинской бригаде, выполнявшей хирургическое вмешательство, и затраты операционной, возникшие в связи с трансплантацией или медицинским лечением, в соответствии со страховой защитой по Договору страхования.
- в) Оплата госпитализации в больнице, с которой заключено соглашение, до 30 (Тридцати) календарных дней до трансплантации или лечения в соответствии со страховой защитой по Договору страхования и до 335 (Трехсот тридцати пяти) календарных дней после трансплантации или лечения, включая оплату диагностических исследований, лабораторных исследований и лекарственных препаратов во время всего периода госпитализации.
- г) Затраты, возникшие в связи с транспортировкой тела Застрахованного в его страну проживания, в случае смерти Застрахованного во время получения медицинской помощи в соответствии со страховой защитой по Договору страхования в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
- д) Следующие сопутствующие расходы:
  - поиск органа для трансплантации или трансплантации от живого донора или трансплантации костного мозга, как указано в настоящих Правилах, его консервирование и транспортировка к месту трансплантации – в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
  - расходы на поездку туда и обратно – в пределах максимальной суммы затраты на билет на самолет туда и обратно эконом классом для Застрахованного и одного сопровождающего или, если Застрахованным является несовершеннолетнее лицо – на двух сопровождающих в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
  - затраты на перевозку специальным медицинским самолетом и обоснованные затраты на перевозку наземным транспортом от аэропорта до больницы, если Застрахованный по мнению врача Страховщика не может по медицинским причинам осуществлять перелет на регулярном коммерческом рейсе в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
  - расходы на проживание – необходимые расходы на Застрахованного и одного сопровождающего в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
  - расходы, связанные с предоставлением врача-эксперта в страну проживания – для проведения трансплантации в соответствии со случаем по одному страховому случаю при условии, что общие затраты не превышают суммы, указанной в Договоре страхования.
- е) Страховщик берет на себя обязательство провести одну трансплантацию, или трансплантацию от живого донора или трансплантацию костного мозга, как указано в настоящих Правилах, в каждый полисный год; в случае повторной трансплантации или трансплантации от живого донора или трансплантации костного мозга, как указано в настоящих Правилах, такая трансплантация считается отдельным страховым случаем. Ответственность Страховщика не должна превышать 5 (Пяти) трансплантаций или трансплантаций от живого донора или трансплантаций костного мозга, как указано в настоящих Правилах, в течение всего периода страхования по Договору страхования.

4.1.4. Организация предоставления и оплаты Медицинских и иных услуг в период действия Договора страхования в медицинских учреждениях на территории Израиля, Германии, Турции, Испании, Южной Кореи и Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь в связи с наступлением Критического заболевания, в соответствии с приведенным в пп. 4.1.4.1 Правил перечнем, впервые диагностированного у Застрахованного Лица в период действия Договора страхования, за исключением периода ожидания.

4.1.4.1. В соответствии с п. 4.1.4. Правил покрываются следующие критические заболевания и операции и/или другие медицинские услуги, связанные с ними:

- а) Лечение Злокачественного онкологического заболевания.
- б) Трансплантация костного мозга.
- в) Кардиохирургия.
- г) Нейрохирургия.

4.1.4.2. В рамках страхового покрытия, предусмотренного п. 4.1.4 Правил, период ожидания устанавливается равным:

- 120 (Ста двадцати) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу – для событий «Лечение злокачественного онкологического заболевания», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия»;
- 180 (Ста восьмидесяти) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу – для события «Трансплантация костного мозга».

4.1.4.3. В рамках страхового покрытия, в соответствии с п. 4.1.4.1 Правил, возмещаются следующие услуги:

- а) Медицинская транспортировка (медицинская эвакуация) Застрахованного к поставщику медицинских услуг вне Российской Федерации (согласно п. 2.4 Правил) и возвращение обратно (за исключением санавиации): транспортировка Застрахованного от дома (из медицинского учреждения) до аэропорта автомобилем скорой медицинской помощи (при наличии медицинских показаний) или на такси, оплата билета эконом класса из Российской Федерации до страны лечения для Застрахованного и одного сопровождающего (при наличии медицинских показаний – оплата медицинского сопровождения и дополнительных мест и оборудования в самолете при полете регулярным рейсом), встреча в аэропорту и транспортировка автомобилем скорой медицинской помощи или на такси до гостиницы или до медицинского учреждения, в котором будет проводиться лечение или продолжение лечения при возвращении в Российскую Федерацию;
- б) Проживание Застрахованного и одного сопровождающего: подлежит оплате проживание в отеле (3 (Три) или 4 (Четыре) звезды) с оплатой завтраков и услуг, включенных в стоимость номера для Застрахованного и его сопровождающего.
- в) Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного или его сопровождающего во время поездки за рубеж из Российской Федерации с целью лечения: транспортировка из-за границы останков Застрахованного или его сопровождающего до аэропорта в Российской Федерации, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного или сопровождающего.
- г) Лечение, проводимое по поводу страхового случая.
- д) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:
  - осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
  - диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
  - лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций и трансплантации костного мозга), включающие хирургическое лечение, радиотерапию, химиотерапию (включая медикаментозное обеспечение), таргетную терапию, иммунотерапию, биологическую терапию и иные методы лечения, научно обоснованные, разрешенные к применению на территории проведения лечения и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика;
  - трансплантация костного мозга, выполняемая медицинским учреждением по выбору Страховщика, имеющим соответствующую лицензию;

- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 13 500 (Тринадцать тысяч пятьсот) евро в год на один страховой случай;
  - лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
  - размещение в палате, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост.
- е) Экспертиза временной нетрудоспособности.
- ж) Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке.
- з) Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения (согласно п. 2.4 Правил), в том числе:
- сопровождение Застрахованного в течение периода лечения;
  - помощь в получении визы на время и с целью прохождения диагностики и/или лечения за пределами Российской Федерации для Застрахованного и одного сопровождающего. Во избежание сомнения, визовый сбор оплачивается Застрахованным самостоятельно;
  - помощь в бронировании и оплата авиа или ж/д, или автобусных в страну назначения и обратно на время и с целью прохождения диагностики и/или лечения за пределами Российской Федерации для Застрахованного и одного сопровождающего;
  - услуги по устному и письменному переводу на русский язык и на иностранный язык во время общения Застрахованного с медицинским персоналом в медицинском учреждении, выполняющем диагностику и/или лечение;
  - организация транспортировки для Застрахованного и одного сопровождающего на время и с целью прохождения диагностики и/или лечения.
- и) В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного из стационара, но не более 30 (Тридцати) календарных дней. Если сообщение о страховом случае было заявлено Застрахованным Лицом и признано Страховщиком в качестве страхового случая в течение срока действия Договора страхования, то Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях в течение не более 30 (Тридцати) календарных дней после окончания срока страхования.

4.1.4.4. В рамках страхового покрытия по «Трансплантации костного мозга» возмещаются следующие услуги:

- а) Затраты на медицинскую диагностику и медицинское лечение, предоставленное Застрахованному в рамках госпитализации в заранее согласованной больнице, в которой проводилась трансплантация или медицинское лечение, в соответствии со страховой защитой по Договору страхования.
- б) Выплаты медицинской бригаде, выполнявшей хирургическое вмешательство, и затраты операционной, возникшие в связи с трансплантацией или медицинским лечением, в соответствии со страховой защитой по Договору страхования.
- в) Оплата госпитализации в больнице, с которой заключено соглашение, до 30 (тридцати) календарных дней до трансплантации или лечения в соответствии со страховой защитой по Договору страхования и до 335 (Трехсот тридцати пяти) календарных дней после трансплантации или лечения, включая оплату диагностических исследований, лабораторных исследований и лекарственных препаратов во время всего периода госпитализации.
- г) Затраты, возникшие в связи с транспортировкой тела Застрахованного в его страну проживания, в случае смерти Застрахованного во время получения медицинской помощи в соответствии со страховой защитой по Договору страхования в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования.
- д) Следующие сопутствующие расходы:

- поиск органа для трансплантации костного мозга, как указано в настоящих Правилах, его консервирование и транспортировка к месту трансплантации – в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования;
  - расходы на поездку туда и обратно – в пределах максимальной суммы затраты на билет на самолет туда и обратно эконом классом для Застрахованного и одного сопровождающего или, если Застрахованным является несовершеннолетнее лицо – на двух сопровождающих в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования;
  - затраты на перевозку специальным медицинским самолетом и обоснованные затраты на перевозку наземным транспортом от аэропорта до больницы, если Застрахованный по мнению врача Страховщика не может по медицинским причинам осуществлять перелет на регулярном коммерческом рейсе в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования;
  - расходы на проживание – необходимые расходы на Застрахованного и одного сопровождающего в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования;
  - расходы, связанные с предоставлением врача-эксперта в страну проживания – для проведения трансплантации в соответствии со случаем по одному страховому случаю при условии, что общие затраты не превышают суммы, указанной в Договоре страхования.
- е) Страховщик берет на себя обязательство провести одну трансплантацию костного мозга, как указано в настоящих Правилах, в каждый полисный год; в случае повторной трансплантации костного мозга, как указано в настоящих Правилах, такая трансплантация считается отдельным страховым случаем. Ответственность Страховщика не должна превышать 5 (пяти) трансплантаций костного мозга, как указано в настоящих Правилах, в течение всего периода страхования по Договору страхования.

4.2. Страховым случаем по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязательство Страховщика осуществить страховую выплату.

4.3. Страховым случаем по рискам, указанным в пп. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, является обращение Застрахованного к Страховщику для организации в период действия Договора страхования предусмотренных Договором страхования медицинских и иных услуг по поводу наступления критического заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора страхования, за исключением периода ожидания, если вышеуказанное обращение произошло в течение срока действия Договора страхования.

4.4. Страховой риск, указанный в п. 4.1.1 Правил, относится к следующему виду страхования: **страхование от несчастных случаев и болезней**, страховые риски, указанные в п.п. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, относятся к следующему виду страхования: **медицинское страхование**.

4.5. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, а также полный перечень услуг, организацию и оплату которых осуществляет Страховщик для Застрахованного, определяется Договором страхования.

## 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. По Договорам страхования, заключенным на основании Правил, не являются страховыми случаями события, предусмотренные в п.п. 4.1.1 – 4.1.4 Правил, наступившие во время или в связи с:

5.1.1. войной. 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, маневры и иные военные мероприятия; военный мятеж; бунт; путч; государственный переворот; общественные беспорядки; гражданская война; восстание; революция; заговор; захват, узурпация власти

военными; военное положение, чрезвычайное положение либо период осады; события, являющиеся основанием для объявления войны;

5.1.2. службой в рядах вооруженных сил, в том числе, но не ограничиваясь: службой в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах;

5.1.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.1.4. совершением или попыткой совершения Застрахованным уголовно наказуемого деяния, если это совершение (попытка совершения) уголовно наказуемого деяния имеет прямую связь с возникновением события, которое могло бы быть признано страховым случаем;

5.1.5. действием Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, направленным на наступление страхового случая, за исключением самоубийства Застрахованного, произошедшего по прошествии первых 2 (Двух) лет действия Договора страхования;

5.1.6. самоубийством или попыткой самоубийства Застрахованного в течение первых 2 (Двух) лет действия Договора страхования;

5.1.7. нарушением здоровья в результате употребления Застрахованным алкоголя, наркотиков или токсических веществ, если такое нарушение здоровья имеет прямую причинно-следственную связь с возникновением страхового случая;

5.1.8. нарушением здоровья в результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

5.1.9. нарушение здоровья, прямо или косвенно вызванное психическим заболеванием Застрахованного;

5.1.10. исполнения судебного акта и/или во время пребывания Застрахованного в местах лишения свободы или предварительного заключения;

5.1.11. заболеванием и состоянием, которое является прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;

5.1.12. нарушением здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного Лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

5.1.13. нарушением здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным Лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, если такое нарушение имеет прямую причинно-следственную связь между наличием опьянения и произошедшим событием;

5.1.14. нарушением здоровья в результате применения экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.

5.2. По Договорам страхования, заключенным на основании Правил, по страховому риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, дополнительно не являются страховыми случаями следующие события:

5.2.1. факты диагностирования онкологических заболеваний, если до даты начала срока действия Договора страхования у Застрахованного Лица развились и/или были диагностированы онкологические заболевания/опухоли и их последствия;

5.2.2. диагностирование следующих заболеваний в период действия Договора страхования:

- доброкачественные или предраковые новообразования;
- предынвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis). \* В соответствии с Международной классификацией TNM, Tis – Tumor in situ;
- 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 3 по RAI;
- злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль кожных покровов, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой, все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, плоскоклеточные карциномы, все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие ткани;
- все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.

5.2.3. первичное диагностирование в течение срока действия Договора страхования онкологического заболевания, повлекшего смерть Застрахованного в течение 30 (Тридцати) дней с даты первичного диагностирования онкологического заболевания.

5.3. По Договорам страхования, заключенным на основании Правил, по рискам, указанным в п.п. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, дополнительно не являются страховыми случаями следующие события:

5.3.1. получение Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены Договором страхования и/или которые возникли вне периода действия Договора страхования;

5.3.2. получение Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных учреждениях, не предусмотренных Договором страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

5.3.3. получение Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

5.3.4. получение Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

5.3.5. получение Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

5.3.6. получение Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное Правилами, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования;

5.3.7. получение Застрахованным Лицом медицинских и иных услуг в связи с:

- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
- хронической лимфоцитарной лейкемии (С.L.L.);
- поражением сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);
- раком кожи, за исключением меланом.

5.3.8. получение Застрахованным медицинских и иных услуг по страховому покрытию «Аортокоронарное шунтирование» в связи коронарным заболеванием, лечение которого осуществляется с помощью метода, не являющегося аортокоронарным шунтированием, например, хирургические операции по пластике сосудов, стентирование.

5.3.9. получение Застрахованным медицинских и иных услуг по страховым покрытиям «Нейрохирургия» и «Кардиохирургия» в связи:

- заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм,

спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 (Двадцати пяти) метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

- расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне.

5.3.10. проведение Застрахованному хирургических операций по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:

- если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена Правилами страхования;
- если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
- если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
- если при трансплантации органов Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;
- если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга).

5.4. События, определенные в п.п. 5.1 – 5.3 Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательства осуществить страховую выплату либо организовать оказание предоставления Застрахованному медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

5.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по любому риску, если выяснится, что при заключении Договора страхования (Страхового полиса) Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о состоянии здоровья, профессиональной деятельности и о занятиях спортом Застрахованного на момент заключения Договора страхования.

## **6. СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ФОРМА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

6.1. Страховые суммы, страховая премия (страховые взносы), форма и порядок их уплаты определяются по соглашению Страхователя и Страховщика в Договоре страхования (Страховом полисе).

6.2. Страховые суммы по рискам, указанным в п.п. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, устанавливаются в Договоре страхования в качестве ежегодно возобновляемых сумм.

В отношении отдельных видов медицинских и иных услуг по соответствующим рискам могут устанавливаться лимиты выплат, которые указываются в Правилах и/или Договоре страхования.

6.3. По соглашению Сторон страховые суммы по Договору страхования по различным рискам могут быть установлены в различной валюте. Расчеты между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным/ законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного) 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 в Договоре страхования.

6.4. Страховая премия рассчитывается исходя из величины страховой суммы, установленной в Договоре страхования (Страховом полисе) и страховых тарифов, установленных Страховщиком.

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

6.6. Договором страхования устанавливается ежегодная периодичность оплаты страховой премии в виде страховых взносов. При этом 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, установленной в Договоре страхования.

Если в течение льготного периода Страхователь не оплатил очередной страховой взнос (или оплатил не полностью), Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в порядке, установленном п. 10 Правил. Если страховой случай наступил в течение льготного периода, то Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты уменьшить ее на сумму задолженности по оплате страховых взносов.

6.7. При заключении Договора страхования Стороны вправе согласовать иной порядок уплаты страховой премии (страховых взносов), чем установленный 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.

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

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ФОРМА И ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного заявления Страхователя и следующих документов и сведений, предоставляемых Страхователем Страховщику:

- Копии документов, идентифицирующих Страхователя и Застрахованного, а также полномочия лиц, действующих от их имени:

Для физического лица или индивидуального предпринимателя:

- Для граждан Российской Федерации: паспорт гражданина Российской Федерации; свидетельство органов ЗАГС, органа исполнительной власти или органа местного самоуправления о рождении гражданина – для гражданина Российской Федерации, не достигшего 14 (Четырнадцати) лет; общегражданский заграничный паспорт для лиц, постоянно проживающих за пределами Российской Федерации; паспорт моряка; удостоверение личности военнослужащего или военный билет; временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта по форме 2-П; свидетельство из ЕГРИП; ИНН (если имеется).
- Для иностранных граждан: паспорт иностранного гражданина с нотариально заверенным переводом, виза, миграционная карта; разрешение на временное проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации.
- Для лиц без гражданства: документ, удостоверяющий личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации.

Для юридического лица:

- свидетельство о присвоении индивидуального номера налогоплательщика ИНН, выписка из ЕГРЮЛ, банковские реквизиты, место нахождения, почтовый и фактический адрес; свидетельство о присвоении основного государственного регистрационного номера; статистические коды осуществляемой деятельности (ОКВЭД), если они не указаны в выписке из ЕГРЮЛ, контактные номера телефона, факса, 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) в полном размере;
- Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.);
- Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные, в том числе анкеты для целей Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, Главы 20.1 Налогового Кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA;
- Сведения и (или) документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

7.2. Форма предоставления указанных в п. 7.1 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 7.1 Правил перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и (или) сведений или принять взамен иные документы и (или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем/ Застрахованным/ Выгодоприобретателем.

7.3. Если будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.4. Если Страхователем/ Застрахованным указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 7.1 Правил, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет Страхователя.

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

Если Договор страхования заключается в форме оферты путем вручения Страхователю на основании его заявления (устного или письменного) Договора страхования, подписанного Страховщиком, акцептом Договора-оферты является факт оплаты Страхователем первого страхового взноса в размере и сроки, указанные в Договоре.

7.6. Настоящие Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора страхования.

7.7. Право на подписание Договора страхования (Страхового полиса) принадлежит Страхователю. Если Застрахованный и Страхователь – разные лица, Договор страхования (Страховой полис) должен быть также подписан Застрахованным/ законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного. Страховщик не несет ответственности за действительность подписей Страхователя и Застрахованного/ законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного.

7.8. При наличии согласия Страхователя, подписание Договора страхования (Страхового полиса) Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика

(при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.

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

7.10. Срок действия Договора страхования устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон.

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

7.12. В случае если установленный первый или единовременный страховой взнос был оплачен не полностью, Страховщик и Страхователь вправе любым доступным способом согласовать доплату страхового взноса. Если доплата не осуществлена, Договор страхования считается не вступившим в силу, а часть премии, оплаченная Страхователем, подлежит возврату.

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

7.14. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренными законодательством Российской Федерации. Все изменения и дополнения к Договору оформляются в виде дополнительных соглашений к Договору страхования (Страховому полису). Любые изменения и дополнения к Договору действительны только в случае, если эти изменения и дополнения приняты по соглашению Сторон, составлены в письменной форме и скреплены подписью и печатью Страховщика и подписью Страхователя.

7.15. В случае увеличения страховых 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.

7.16. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в Договоре страхования или в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

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

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

Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному) сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Застрахованным) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (в том числе в личном кабинете – информационном ресурсе, размещенном на сайте Страховщика). В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ**

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь имеет право:

- 8.1.1. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;
- 8.1.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;
- 8.1.3. досрочно прекратить Договор (отказаться от Договора) в соответствии с законодательством Российской Федерации и положениями Договора;
- 8.1.4. в случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней (срок, установленный Указанием Банка России РФ №3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования») со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии в полном объеме;
- 8.1.5. при заключении Договора страхования Страхователь имеет право ознакомиться с предварительными условиями заключаемого Договора, в том числе с примерным расчетом страховой премии на основании представленного заявления о заключении договора страхования, при этом размер страховой премии, страховой суммы и иные условия страхования могут быть изменены по результатам оценки страхового риска;
- 8.1.6. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого посреднику, оказывающему услугу по оформлению и/или сопровождению Договора страхования
- 8.2. В период действия Договора страхования Страхователь обязан:
- 8.2.1. оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные Договором страхования (Страховым полисом). Обязанность Страхователя по уплате страховой премии может быть исполнена третьим лицом;
- 8.2.2. сохранять документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов), предоставлять их копии по требованию Страховщика;
- 8.2.3. сообщать Страховщику любую информацию, имеющую существенное значение для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование, как до заключения Договора страхования, так и в период его действия (например, изменении рода деятельности Застрахованного, занятие Застрахованным на профессиональной основе любыми видами спорта, занятие экстремальными видами спорта);
- 8.2.4. сообщать в письменном виде Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия Договора страхования;
- 8.2.5. известить Страховщика в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента получения информации о наступлении страхового случая, а также предоставить Страховщику всю необходимую информацию и подтверждающие документы, позволяющие Страховщику удостовериться в правомерности требований о страховой выплате, в разумный срок, необходимый для сбора такой информации и документов. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления страхового случая может быть исполнена Застрахованным/ законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного;
- 8.2.6. получить письменное согласие Застрахованного/ законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного в случае назначения или изменения Выгодоприобретателя по Договору страхования;
- 8.2.7. известить в письменной форме Страховщика в течение 30 (Тридцати) дней с момента изменений любого факта, оказывающего непосредственное влияние на исполнение Страховщиком Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, Главы 20.1 Налогового Кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA.
- 8.3. В период действия Договора страхования Страховщик имеет право:
- 8.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным / законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- 8.3.2. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным/ законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного требований и положений Договора страхования;

8.3.3. в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, оспаривать действительность Договора страхования при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем, Застрахованным / законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного положений настоящих Правил;

8.3.4. для принятия решения о страховой выплате направлять, при необходимости, запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного/ законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину произошедшего события;

8.3.5. для принятия решения о страховой выплате/ организации лечения получить второе медицинское мнение, которое может быть положено в основу решения о страховой выплате/ организации лечения;

8.3.6. увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/не признании события страховым случаем 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;

8.3.7. увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/не признании события страховым случаем в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела до момента вступления в силу окончательного решения компетентными органами;

8.3.8. отказать в страховой выплате, если Страхователь, Застрахованный / законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного (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;

8.3.9. проводить расследования, в том числе медицинскую экспертизу с целью удостовериться в правомерности и обоснованности требований о страховой выплате и установить размер страховой выплаты;

8.3.10. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил страхования и Договора страхования;

8.4. В период действия Договора страхования Страховщик обязан:

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

8.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату и/или организовать плановое лечение Застрахованного в рамках Договора страхования после получения всех необходимых документов в соответствии с п. 9 настоящих Правил; либо отсрочить выплату или отказать в ней в случаях, предусмотренных Правилами;

8.4.3. по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее части наличными деньгами или в безналичном порядке (на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде) в срок, не превышающий 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 8.1.4. Правил;

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

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

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

9.1. Определение размеров страховых выплат при наступлении страховых случаев по Договору страхования осуществляется в следующем порядке:

9.1.1. Страховая выплата по страховому случаю, указанному в п. 4.1.1 Правил, осуществляется Застрахованному в размере 100% (Ста процентов) от страховой суммы, указанной в Договоре страхования. В случае если на дату осуществления страховой выплаты Застрахованный является несовершеннолетним, Выгодоприобретателем является законный представитель Застрахованного на дату осуществления страховой выплаты.

9.1.2. Страховая выплата по страховым случаям, указанным в п.п. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, осуществляется в виде оплаты в адрес Ассистанской компании стоимости организованных Застрахованному медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, в пределах страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

9.2. Страховая выплата при наступлении страхового случая по любому из рисков, предусмотренных Договором страхования, производится с учетом произведенных ранее выплат по другим произошедшим страховым случаям, предусмотренных Договором страхования.

9.3. 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.

9.4. После предоставления полного пакета документов на выплату, указанного в п. 9.12 Правил, Страховщик в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней принимает решение о признании/не признании случая страховым.

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

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

9.7. При принятии решения о признании заявленного события страховым случаем Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг путем проверки документов, представляемых при наступлении страхового случая, общедоступной информации, в том числе на сайтах госорганов и иной информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.8. Решение об осуществлении страховой выплаты по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, подтверждается составлением страхового акта. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента составления страхового акта. Страховая выплата перечисляется на банковский счет, указанный заявителем в заявлении на страховую выплату.

9.9. Организация Застрахованному медицинских и иных услуг по рискам, указанным в п.п. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, осуществляется в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней с момента признания заявленного события страховым случаем.

9.10. Оплата медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, по рискам, указанным в п.п. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, осуществляется в адрес Ассистанской компании в порядке и в сроки, установленные договором между Страховщиком и Ассистанской компанией.



9.11. В случае принятия решения об отказе в признании заявленного события страховым случаем Страховщик направляет заявителю мотивированное решение в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента принятия такого решения.

9.12. Для осуществления страховой выплаты по страховому случаю, указанному в п. 4.1.1 Правил либо организации медицинских и иных услуг по страховым случаям, указанным в п.п. 4.1.2 – 4.1.4 Правил, Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- подписанное Застрахованным/ законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного либо иным Выгодоприобретателем (если назначен Договором страхования) заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (для осуществления страховой выплаты по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, заявление должно содержать информацию о банковских реквизитах для перечисления страховой выплаты;
- Договор страхования (Страховой полис) со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному Договору страхования (Страховому полису);
- документ, удостоверяющего личность заявителя, если заявитель не является Выгодоприобретателем, документ удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- документы, требование о представлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами»), а также соблюдения норм и правил FATCA;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- выписные эпикризы из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с заболеванием Застрахованного;
- результаты лабораторных, гистологических, радиологических исследований, подтверждающие установленный диагноз, соответствующий определению страхового случая;
- заключение врача-специалиста с указанием даты первичного установления диагноза (даты постановки на учет);
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного / стационарного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора страхования заболеваниях;
- медицинский документ об отсутствии обращений – за последние 5 (Пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания).

9.13. Все документы предоставляются Страховщику в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организаций, который выдал документ и/или располагает его подлинником. Для документов, составленных на иностранном языке, требуется предоставить построчный перевод, оформленный на отдельном листе, и удостоверить данные документы, составленные за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

9.13.1. Если представляется оригинал медицинского документа, то он обязательно должен содержать:

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

9.13.2. Если предоставляется заверенная копия медицинского документа, то она должна соответствовать следующим требованиям:

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

Варианты удостоверения:

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

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

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

9.13.4. Если предоставляется заверенная копия документа, то она должна соответствовать следующим требованиям:

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

Варианты удостоверения:

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

9.14. В случае недостаточности данных для постановки и подтверждения диагноза Страховщик оставляет за собой право назначить проведение дополнительного медицинского освидетельствования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении.

9.15. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 9.12 Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена Правилами страхования) взамен указанных. Страховщик при получении документов по заявленному событию фиксирует комплектность получаемых документов, в том числе посредством использования автоматизированных систем. При личном обращении заявителя Страховщик принимает документы по заявленному событию по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписываются Страховщиком и заявителем с указанием даты приема документов.

9.16. Перечень документов и сведений, указанный в п. 9.12 Правил, является исчерпывающим. Страховщик вправе повторно запросить документы по убытку при обращении за страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля.

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

## **10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

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

10.1.1. Выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме.

10.1.2. Соглашения Сторон о намерении досрочно прекратить действие Договора страхования – с даты, указанной в таком соглашении о расторжении Договора страхования.

10.1.3. Отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 8.1.4 Правил, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, предусмотренного в п. 8.1.4 Правил.

10.1.4. Отказа Страхователя от Договора по окончании срока, предусмотренного в п. 8.1.4 Правил. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30-й (Тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 10.3 Правил.

10.1.5. В случае смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным, если Застрахованный или иное лицо не примут на себя обязательства Страхователя по Договору страхования, указанные в п. 8.2 Правил;

10.1.6. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным в п. 5 Правил страхования;

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

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

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

10.1.8. Принятия судом Российской Федерации решения о признании Договора страхования недействительным;

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

10.2. При досрочном прекращении Договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 10.1.2, 10.1.4 – 10.1.6 Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

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

10.3.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

10.3.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в т.ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства);

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

10.3.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному в п. 10.1.6 Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации обстоятельств.

## **11. ВАЛЮТА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

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

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

11.3. Страховая выплата по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, производится в валюте Российской Федерации. При определении страховых сумм в Договоре в иностранной валюте размер страховой выплаты в рублях определяется Страховщиком по курсу Банка России соответствующей валюты на дату выплаты или иную дату, предусмотренную Договором.

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

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

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

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

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

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

## **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

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

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

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

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

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

#### **14. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

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

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

14.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество; номера документов, удостоверяющие личность субъекта персональных данных, дата выдачи документа, информация об органе, выдавшем документ; дата рождения; место рождения; адрес места жительства, адрес места пребывания и дата регистрации; гражданство; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; сведения из страховых полисов обязательного (добровольного) медицинского страхования; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; информации о состоянии здоровья и диагнозах Застрахованного (в т. ч. составляющих врачебную тайну в соответствии со ст. 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

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

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

уведомления Страховщик не обязан прекращать обработку персональных данных или уничтожать их.