

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ЛАЙФ»**

УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор
ООО «СК «Райффайзен Лайф»

_____ Чумаченко М.В.

«10» мая 2017 года

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ
СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.
ПРОГРАММА ПРЕМИУМ.**

(первоначальная редакция утверждена приказом №06-05/17 от 10 мая 2017 года)

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Стороны используют в настоящих Полисных условиях следующие термины, имеющие определенное значение применительно ко всему тексту настоящих Полисных условий:

Болезнь (Заболевание) – диагностированное сертифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

Врач – специалист с законченным высшим медицинским образованием, что подтверждается соответствующим документом, имеющий право заниматься медицинской деятельностью, не являющийся родственником Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с Медицинским учреждением.

Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в этом случае Страховая сумма, предусмотренная п. 3.3.3. настоящих Полисных условий, выплачивается таким Выгодоприобретателям пропорционально их наследственным долям.

Законные представители Ребенка (Детей) - в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации - родители, усыновители, попечители и опекуны, предоставившие оригиналы или нотариально заверенные копии документов, необходимых для подтверждения статуса Законного представителя Ребенка (Детей).

Застрахованное лицо (Застрахованный) – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования. Такое лицо не может быть старше 60 (шестидесяти) полных лет на дату заключения Договора страхования, при этом максимальный возраст на момент автоматического возобновления действия Договора страхования не может превышать 64 (шестидесяти четырех) полных лет. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц.

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

Карта «SOS» – пластиковая карта, выдаваемая Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу при наступлении Страхового случая, требующего организации Стационарного лечения в лечебных учреждениях Австрии, состоящих в договорных отношениях с компаниями группы «УНИКА» (UNIQA).

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

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

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

К Медицинским учреждениям относятся:

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

Медицинское ориентирование (далее – «Медицинское Ориентирование», также именуемое «Медицинский консьерж») означает услугу, в рамках которой Застрахованное лицо вправе обратиться по телефону в Сервисный центр Страховщика и получить ориентирование по вопросам медицинского характера, в том числе информацию об именах, адресах, номерах телефонов и, если потребуется и будет такая возможность, информацию о приемных часах Врачей, времени работы Медицинских учреждений, в том числе, стоматологов и стоматологических клиник; по вопросам организации визита Врача; информацию о наличии запрашиваемого лекарственного препарата и примерной его стоимости, а также адреса и телефоны аптек, в которых препарат имеется в наличии. Настоящая услуга оказывается в том объеме, который предусмотрен Программой страхования.

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

Период ожидания – период времени, равный 90 (девяноста) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу, в течение которого Медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, Страховщиком не возмещаются, а любые Заболевания, которые были диагностированы либо симптомы которых проявились в указанный период не признаются Страховым случаем. Период ожидания не применяется при возобновлении Договора страхования на новый период.

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

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

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

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

Сервисный центр Страховщика – юридическое лицо и (или) специализированная организация, которое/которая на условиях,

предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, оказывает Страховщику услуги координатора (организатора) оказания Медицинских услуг Застрахованным лицам Страховщика и (или) по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Полисными условиями, в том числе Медицинское ориентирование.

Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Райффайзен Лайф», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и получившее лицензию в установленном действующим законодательством порядке.

Страхователь – дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования на случай наступления Смертельно опасных заболеваний (далее – Договор страхования). Страхователем физическим лицом может выступать гражданин Российской Федерации, лицо без гражданства или гражданин иностранного государства, при условии, что у такого гражданина имеется имущественный интерес в заключении Договора страхования, и Договор страхования заключается на территории Российской Федерации. В отношении Застрахованного Ребенка Страхователем может выступать только Законный представитель Ребёнка.

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

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

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

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

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

Страховая выплата – денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком в порядке оплаты Медицинскому учреждению напрямую либо через Сервисный центр Страховщика оказанных Застрахованному лицу Медицинских услуг, либо в

порядке компенсации понесенных Застрахованным лицом расходов по самостоятельной оплате оказанных ему Медицинских услуг, за вычетом установленного Договором страхования размера Франшизы.

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

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

Франшиза – часть убытков, которая определена в Программе страхования и (или) установлена Договором страхования и которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от Страховой суммы или в фиксированном размере. В рамках настоящих Полисных условий применяется безусловная Франшиза, при которой размер Страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером Франшизы.

Паллиативная медицинская помощь - система мероприятий, направленных на поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями. Направлена на снижение тяжести симптомов Заболевания, а не на устранение Заболевания.

Смертельно опасные заболевания (далее также - СОЗ) – Заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного лица, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности и не вызванные несчастным случаем.

Застрахованными по настоящим Полисным условиям СОЗ могут быть следующие заболевания как они определены ниже, в том числе с учетом указанных для каждого определения исключений, и исключительно тех медицинских манипуляций (Лечения), которые могут проводиться в связи с такими СОЗ и как они указаны в п.п. 3.3.1.1.-3.3.1.2. Полисных условий, а также с учетом перечня СОЗ, включенных в объем страхового покрытия, как он закреплен в конкретном Договоре страхования.

Онкологические заболевания

Онкологическое заболевание означает присутствие новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося неконтролируемым ростом и пролиферацией в организме, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдаленными метастазами. Это определение также включает лейкемию, ракоподобные лимфомы, Онкологические заболевания кроветворных органов и Болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в покрытие, если

новообразование больше или равно pT1bN0M0 (вертикальной толщине по Бреслоу > 1 мм, или с изъязвлением, или уровнем по Кларку IV/V).

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

Если гистопатологическое исследование невозможно по медицинским причинам (например, при наличии у Застрахованного лица Сомнительной опухоли), диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден Врачом-онкологом. Дополнительно данные медицинские причины должны быть объяснены, и злокачественная опухоль должна быть подтверждена КТ- или МРТ-исследованием.

Не признаются Онкологическими заболеваниями по настоящим Полисным условиям в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» (как оно определено в п. 3.3.1 настоящих Полисных условий) следующие исключения:

- Доброкачественные или предраковые новообразования (кроме Заболеваний, указанных в п. 3.3.1.1.3. Полисных условий);
- Преинвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);
- Цервикальная дисплазия CIN I–III;
- Карцинома мочевого пузыря стадии Ta;
- Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее), если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;
- Рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- Хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее, чем стадия III по RA1;
- Любые кожные новообразования, не упомянутые в определении;
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа.

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

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным Врачом-онкологом.

Сомнительная опухоль - опухоль, обладающая клиническими признаками злокачественной опухоли (неконтролируемый рост и пролиферация, инвазия в окружающие ткани с их деструкцией), которые в силу топической локализации недоступны для забора гистологического материала или проведение биопсии сопряжено с риском осложнений для Застрахованного лица.

В настоящих Полисных условиях под СОЗ, по которым вместо оплаты Медицинских услуг Страховщиком **в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение»**, производится выплата фиксированной Страховой суммы для самостоятельного финансирования Застрахованным лицом своего Лечения, понимаются СОЗ, прямо указанные **в п. 3.3.3. настоящих Полисных условий**, с учетом того, как такие СОЗ определены ниже:

1. Онкологическое заболевание в начальных стадиях

Онкологическим заболеванием в начальной стадии признаются впервые диагностированные в период действия Договора страхования:

- Преинвазивные злокачественные новообразования и новообразования на месте (Tis*);
- Карцинома мочевого пузыря стадии Ta;
- Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее), если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;
- Рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- Хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее, чем стадия III по RA1.

Не признаются Онкологическими заболеваниями в начальных стадиях по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Доброкачественные или предраковые новообразования;
- Цервикальная дисплазия CIN I–III;
- Любые кожные новообразования, включая злокачественные меланомы;
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа;
- Любые онкологические заболевания, не указанные в определении «Онкологические заболевания в начальных стадиях», в том числе, но не ограничиваясь, Онкологические заболевания, на которые распространяется страховое покрытие по риску «Стационарное лечение» в соответствии с п. 3.3.1.1 настоящих Полисных условий.

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

2. Терминальная почечная недостаточность

Патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов в результате Болезни, что приводит к нарушению экскреторной и инкреторной функции обеих почек, расстройству всех видов

обмена веществ, кислотно-щелочного равновесия, деятельности всех органов и систем организма, требующий регулярного проведения процедуры гемодиализа или трансплантации почки. Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных и лабораторных исследований.

Исключения:

Не признаются Терминальной почечной недостаточностью по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Почечная недостаточность в стадии компенсации;
- Почечная недостаточность в отсутствие необходимости в постоянном гемодиализе или трансплантации почки.

Примечание: Выплата фиксированной Страховой суммы в связи с данным Заболеванием не производится, если была осуществлена трансплантация почки в рамках страхового покрытия Стационарное лечение по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий. При этом оплата трансплантации почки в рамках страхового покрытия Стационарное лечение по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий не производится, если произведена выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Заболеванием "Терминальная почечная недостаточность".

3. Паралич

Диагностированная Врачом-неврологом полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей по причине поражения, заболевания или травмы спинного мозга.

Диагноз должен быть документально подтвержден результатами инструментальных исследований на протяжении более 3 (трех) месяцев подряд.

Не признаются Параличом по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Паралич при синдроме Гийена-Барре, болезни Паркинсона¹, мышечной дистрофии Дюшенна, Беккера, болезни мотонейрона, рассеянном склерозе;
- Следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.

¹ Если Паралич является следствием болезни Паркинсона, выплата Страховой суммы производится только в рамках СОЗ «Болезнь Паркинсона» (при условии признания заявленного события Страховым случаем), двойная выплата не производится.

4. ВИЧ-инфицирование вследствие переливания крови

Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или диагностика Синдрома Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) как прямое следствие проведенного по медицинским показаниям переливания крови Застрахованному Лицу, не являющемуся больным гемофилией. Обязательным условием признания события Страховым случаем является признание или установление компетентным органом вины учреждения, в котором было произведено переливание крови, ставшее причиной инфицирования.

Не признаются ВИЧ-инфицированием вследствие переливания крови по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Все остальные случаи инфицирования ВИЧ, включая инфицирование вследствие половых контактов;
- Введение лекарственных и наркотических препаратов без назначения врача;
- Все случаи инфицирования Застрахованных лиц, больных гемофилией.

5. Болезнь Альцгеймера

Диагностированное Врачом-неврологом и подтвержденное результатами когнитивных и инструментальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга), дегенеративное заболевание центральной нервной системы, развившееся в возрасте до 65 (шестидесяти пяти) лет и характеризующееся прогрессирующим снижением интеллекта, расстройством памяти и изменением поведения.

Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);
- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;
- есть/пить (но не готовить пищу)

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

Не признаются болезнью Альцгеймера по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Деменция или болезнь Альцгеймера, вызванная употреблением алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов;
- Деменция, вызванная поражениями центральной нервной системы неорганического характера (например, неврозы или психические заболевания);
- Деменция при Болезни Пика;
- Деменция при системных заболеваниях (например, гипотиреозидизм, недостаточность витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органная недостаточность и др.);
- Вторичная деменция, т.е. обусловленная иными причинами - общесоматическими заболеваниями (инфекционными, интоксикационными, метаболическими, эндокринными) или иными церебральными процессами (энцефалиты, травма головного мозга, субдуральная гематома и др.).

6. Молниеносный вирусный гепатит

Диагностированная Врачом - специалистом тяжелая форма вирусного гепатита, сопровождающаяся обширным некрозом ткани печени, признаками острой печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии, не связанная с предшествующими хроническими заболеваниями печени.

Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований, при обязательном наличии следующих признаков:

- Некроз ткани печени, поражающий все доли печени, стремительное уменьшение размеров печени, подтвержденное результатами соответствующих исследования (ультразвуковое исследование, компьютерная, магнитно-резонансная томография, биопсия);
- Стремительно падающие показатели функции печени (значение альбумина $<3,5$ г/дл);
- Нарастающая желтуха (показатель билирубина >2 мг/дл или >35 мкмоль/л);
- Печеночная энцефалопатия;
- Асцит средней и тяжелой степени тяжести.

Не признаются Молниеносным вирусным гепатитом по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- развитие острого некроза ткани печени;

- развитие признаков острой печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии, вызванных употреблением алкоголя, наркотических или лекарственных препаратов.

Примечание: Выплата фиксированной Страховой суммы в связи с данным Заболеванием не производится, если была осуществлена трансплантация печени в рамках страхового покрытия Стационарное лечение по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий. При этом оплата трансплантации печени в рамках страхового покрытия Стационарное лечение по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий не производится, если произведена выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Заболеванием «Молниеносный вирусный гепатит».

7. Рассеянный склероз

Диагностированное Врачом-неврологом хроническое, прогрессирующее заболевание нервной системы с ремитирующим течением, характеризующееся демиелинизацией белого вещества головного и спинного мозга и одновременным поражением нескольких различных отделов нервной системы и проявляющееся как минимум одним из следующих обстоятельств:

- Присутствием неврологических нарушений, проявляющихся непрерывно в течение, по меньшей мере, шести месяцев;
- Два и более документально подтвержденных эпизода с промежутками не менее одного месяца;
- Один и более документально подтвержденный эпизод при наличии характерных изменений в цереброспинальной жидкости, в также результатов магниторезонансной томографии, специфическими для данного заболевания. Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов характерных для демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, а также результатами инструментальных исследований (магнитно-резонансная томография).

8. Потеря зрения

Диагностированное Врачом-офтальмологом клинически подтвержденное, впервые возникшее, необратимое состояние, характеризующееся неспособностью воспринимать зрительные стимулы из-за патологических изменений в глазах, зрительных нервах или в головном мозге вследствие заболевания или травмы. Клинически установленная и подтвержденная медицинскими документами способность к зрению меньше, чем 3/60 (три шестидесятых) или сужение поля зрения до 10 (десяти) градусов.

Диагноз должен быть документально подтвержден результатами инструментальных исследований на протяжении более 3 (трех) месяцев.

Не признаются Потерей зрения по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- следствия травмы, полученной Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения 1 (один) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.

9. Потеря слуха

Диагностированное Врачом и подтвержденное данными инструментальных исследований состояние полной постоянной двухсторонней потери слуха со слуховым порогом более 90 дБ (девяносто децибел), наступившее вследствие острого заболевания или травмы.

Диагноз должен быть установлен только при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания.

Не признаются Потерей слуха по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Врожденная глухота;
- Синдром Ваарденбурга;
- Синдром Ушера, синдром Альпорта;
- Нейрофиброматоз типа II;
- Другие наследственные заболевания, сопровождающиеся глухотой;
- Следствия травмы, полученной Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения 1 (один) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.

10. Болезнь Паркинсона

Диагностированное Врачом-неврологом хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. В целях настоящих Полисных условий означает установление Врачом-неврологом диагноза идиопатической или первичной болезни Паркинсона, прочие формы болезни Паркинсона не входят в объём страхового покрытия. Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться),

- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены),
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции,
- есть/пить (но не готовить пищу).

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

Не признаются Болезнью Паркинсона по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Все формы болезни Паркинсона, за исключением идиопатической или первичной формы болезни Паркинсона;
- Все формы болезни Паркинсона, поддающиеся медикаментозной коррекции и лечению.

11.Энцефалит

Диагностированная Врачом-неврологом группа заболеваний бактериальной, вирусной или иной этиологии, связанных с воспалением центральных структур головного мозга (полушарий головного мозга, ствола мозга или мозжечка), подтвержденных соответствующими специалистами и результатами исследований (анализом цереброспинальной жидкости, компьютерная, магнитно-резонансная томография головного мозга). Заболевание должно иметь тяжелое течение и привести к значительным осложнениям, длящимся не менее 6 (шести) месяцев, которые включают в себя стойкие неврологические нарушения, а именно: слабоумие, эмоциональную лабильность, слепоту, глухоту, нарушения речи, гемиплегию или паралич.

Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);
- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;
- есть/пить (но не готовить пищу).

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

Не признается Энцефалитом по настоящим Полисным условиям энцефалит, развившийся на фоне ВИЧ-инфекции.

12.Обширные ожоги

Диагностированное Врачом открытое повреждение или деструкция кожи, ее придатков, слизистых оболочек термическими, химическими, электрическими и радиационными воздействиями или их сочетанием.

Для целей настоящих Полисных условий обширными признаются следующие ожоги:

- глубокие ожоги (по степени начиная с ШВ) с площадью поражения более 20% (двадцати процентов) поверхности тела и требующие в обязательном порядке хирургического лечения и восстановление кожного покрова путем кожной пластики;
- ожоги дыхательных путей II или III степени тяжести, обязательно сопряженные с развитием в течение 1 (одного) месяца полиорганной (сердечно-легочной) недостаточности и тяжелой бронхопневмонии;
- сочетанные ожоги, по степени тяжести, соответствующие глубоким ожогам поверхности тела (начиная с ШВ) и площадью поражения более 20% (двадцати процентов) поверхности тела, сочетающиеся с ожогами дыхательных путей II или III степени, в соответствии с определением указанным выше.

Диагноз должен быть подтвержден документально, включая результаты измерения площади ожога, установленные «Правилем девяток» (или с помощью аналогичного инструмента).

Не признаются Обширными ожогами по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Ожоги, полученные в состоянии алкогольного опьянения I (один) промилле и более, в состоянии наркотического и токсического опьянении, связанные с употреблением лекарственных препаратов без предписания врача;
- Суицидальные и умышленные случаи;
- Ожоги верхних дыхательных путей I или II степени, не сопряженные с развитием полиорганной недостаточности и тяжелой бронхопневмонии;
- Поверхностные ожоги (степенью до ШВ);

- Глубокие ожоги, степенью начиная с IIIВ и с площадью поражения менее 20% (двадцати процентов) тела или соответствующие средней и легкой степени травмы по тяжести для жизни.

13. Мышечная дистрофия Дюшенна или Беккера

Диагностированное Врачом-неврологом заболевание мышечная дистрофия Дюшенна или Беккера, или конечностно-поясная мышечная дистрофия. Диагноз должен быть подтвержден результатами биопсии мышцы - значением КФК. Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий: мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться),

- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены),
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции,
- есть/пить (но не готовить пищу).

Описанные условия должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд.

14. Прогрессирующая или системная склеродермия

Диагностированная Врачом-ревматологом тяжелая форма течения впервые выявленного системного прогрессирующего заболевания, в основе которого лежит воспалительное поражение мелких сосудов всего организма, с последующими фиброносклеротическими изменениями кожи (маскообразность лица и изменения кожи конечностей), опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (почек, сердца и легких) и развитием синдрома Рейно. Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований и предоставлять документальное подтверждение наличия клинических проявлений более 3 (трех) месяцев.

Не признаются Прогрессирующей или системной склеродермией по настоящим Полисным условиям все другие заболевания соединительной ткани, имеющие аналогичные клинические проявления.

15. Полиомиелит

Диагностированное Врачами (инфекционистом и неврологом) острое инфицирование полиовирусом с поражением серого вещества спинного мозга и развитием паралитического полиомиелита, сопровождающегося

нарушением двигательных функций и дыхательной недостаточностью в течение подряд 3 (трех) месяцев.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден документально и результатами инструментальных исследований, доказывающих присутствие вируса полиомиелита и поражения серого вещества спинного мозга.

Не признаются Полиомиелитом по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Заболевание любой другой формой полиомиелита, исключая развитие поражения серого вещества спинного мозга и паралича;
- Случаи развития паралича, не являющиеся следствием острого полиомиелита и инфицирования полиовирусом.

16.Бактериальный менингит

Диагностированное Врачами (инфекционистом и неврологом), острое воспаление оболочек головного и спинного мозга, проявляющееся характерными клиническими симптомами, приводящее к стойкой неврологической недостаточности и выражающееся состоянием полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);
- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;
- есть/пить (но не готовить пищу).

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

Диагноз должен быть подтвержден результатами специфических инструментальных исследований (исследование крови и спинномозговой жидкости), компьютерной или магнитно-резонансной томографией головного мозга.

Не признаются Бактериальным менингитом по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- Бактериальный менингит, вызванный ВИЧ-инфекцией;
- Бактериальный менингит, возникший на фоне хронической инфекции, включая туберкулезную инфекцию.

17.Болезнь мотонейронов

Диагностированное Врачом-неврологом заболевание, вызванное дегенерацией или гибелью двигательных нейронов спинного и головного мозга, контролирующих двигательную активность и проявляющееся в состоянии полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться),
- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены),
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции,
- есть/пить (но не готовить пищу).

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

В целях настоящих Полисных условий Заболевание мотонейронов включает в себя спинальную мышечную атрофию, прогрессирующий бульбарный паралич, боковой амиотрофический склероз и первичный боковой склероз.

Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных обследований.

Страховщик и Страхователь могут для целей конкретного Договора страхования или отдельной Программы медицинского страхования применять и иные термины и согласовать их определения в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации или применимому коллизионному праву.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования на случай наступления Смертельно опасных заболеваний, на основании настоящих Полисных условий, и с учетом Программ страхования, определяющих общие условия страхования и порядок его заключения, исполнения, изменения, прекращения (далее по тексту – Полисные условия). Настоящие Полисные условия имеют силу дополнительных правил страхования.

1.2. Субъектами страхования в соответствии с настоящими Полисными условиями являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Медицинские учреждения, как они определены в настоящих Полисных условиях. Выгодоприобретателем в соответствии с настоящими Полисными условиями является Застрахованное лицо.

1.3. Страхователь и Страховщик далее по тексту Полисных условий или Договора страхования, заключаемого на основе Полисных условий, по отдельности именуются «Сторона», а совместно – «Стороны».

1.4. В случае необходимости и по усмотрению Страховщика организация и координация при оказании Медицинских услуг, в том числе Медицинского ориентирования, Застрахованным лицам Страховщика может обеспечиваться Сервисным центром Страховщика.

1.5. На страхование не принимаются лица в возрасте старше 60 (шестидесяти) полных лет на дату заключения Договора страхования, если иное не установлено Договором страхования.

1.6. На страхование принимаются лица, не имеющие на момент заключения Договора страхования и не имевшие в прошлом ни одно из перечисленных ниже Заболеваний и/или состояний:

1.6.1. не являющиеся инвалидом, в том числе Ребенком-инвалидом, не имеющие направление на медико-социальную экспертизу;

1.6.2. не страдающие хроническим гепатитом любой природы (за исключением вирусного гепатита А); циррозом печени;

1.6.3. не инфицированные ВИЧ, не больные СПИДом;

1.6.4. не страдающие психическими заболеваниями или эпилепсией;

1.6.5. не страдающие сахарным диабетом, туберкулезом;

1.6.6. не страдающие хронической почечной недостаточностью;

1.6.7. не переносившие злокачественные онкологические заболевания, инфаркт миокарда, инсульт;

1.6.8. не проходящие медицинское обследование и не имеющие показаний или рекомендаций к прохождению медицинского обследования с целью уточнения и/или установления факта наличия любого Заболевания;

1.6.9. не имеющие рекомендаций Врача к Лечению любого Заболевания в стационаре;

1.6.10. не страдающие ожирением, т.е. разница между ростом (в см) и весом (в кг) Застрахованного лица составляет более либо равна 65 (данное условие не является обязательным для Детей);

1.6.11. не употребляющие наркотические и/или токсические вещества без назначения Врача, не страдающие алкоголизмом;

1.6.12. не принимающие участие в любых видах спорта на профессиональной основе, не участвующие в соревнованиях и попытках установления рекорда;

1.6.13. не проходящие в настоящее время службу в вооруженных силах, не занятые в профессиональной или непрофессиональной авиации, не являющиеся работником атомной промышленности, профессиональными спортсменами.

1.7. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лица, к которому применимы пп. 1.5–1.6 настоящих Полисных условий, и при этом Страхователем и (или) Застрахованным лицом была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья, служебных обязанностях или хобби, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий недействительности сделки, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

1.8. Территория покрытия указывается в соответствующей Программе страхования и Договоре страхования. Территорией покрытия по настоящим Полисным условиям является, если Договором страхования с учетом Программ медицинского страхования в приложении к нему не установлено иное: Россия и Европа, а именно: Австрия, Албания, Андорра, Беларусь, Бельгия, Болгария, Босния-Герцеговина, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Италия, Ирландия, Исландия, Испания, Кипр, Латвия, Литва, Лихтенштейн, Люксембург, Македония, Мальта, Молдова, Монако, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Сан-Марино, Сербия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Турция, Украина, Финляндия, Хорватия, Черногория, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Франция, Эстония.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВОЙ РИСК. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

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

3.2. Объем, виды страхового покрытия и их сочетание определяются в Программах страхования (Специальных полисных условиях).

3.3. Объем страхового покрытия:

3.3.1. Организация предоставления и оплаты Медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь в связи со смертельно опасным заболеванием, впервые диагностированным у застрахованного лица в период действия Договора страхования (далее также именуемое «**Стационарное лечение**»).

При этом страховое покрытие распространяется на те виды СОЗ и те виды Медицинских услуг, необходимых для проведения Лечения при СОЗ, которые указаны в настоящих Полисных условиях и прямо поименованы в соответствующей Программе страхования.

3.3.1.1. В рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» и применительно к соответствующему виду СОЗ возмещаются расходы на следующие Медицинские услуги:

- 3.3.1.1.1. Лечение (хирургическое Лечение, химиотерапия, лучевая терапия) в связи с Онкологическими заболеваниями;
- 3.3.1.1.2. удаление сомнительных опухолей путем лапароскопии либо открытого хирургического вмешательства по медицинским показаниям (в частности, но не ограничиваясь в связи с раком молочной железы, опухолями внутренних органов);
- 3.3.1.1.3. оперативное вмешательство в связи с удалением доброкачественной опухоли головного мозга;
- 3.3.1.1.4. оперативное вмешательство на сонной артерии;
- 3.3.1.1.5. оперативное вмешательство на сердечном клапане;
- 3.3.1.1.6. оперативное вмешательство на аорте;
- 3.3.1.1.7. операция аортокоронарного шунтирования;
- 3.3.1.1.8. коронарное стентирование;
- 3.3.1.1.9. баллонная ангиопластика коронарных сосудов;
- 3.3.1.1.10. трансплантация сердца, легких, печени и почек.

3.3.1.2. В рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» и, в связи с лечением, указанным в пп. 3.3.1.1.1–3.3.1.1.10. настоящих Полисных условий, возмещению подлежат следующие расходы (если иное не предусмотрено Программой страхования):

- 3.3.1.2.1. на медикаментозное Лечение в стационаре, в том числе (но не ограничиваясь) расходами на медикаментозное Лечение Онкологических заболеваний в связи с проведением лучевой терапии, химиотерапии;

- 3.3.1.2.2. на предоперационную подготовку в условиях стационара;
 - 3.3.1.2.3. в связи с проведением хирургической операции;
 - 3.3.1.2.4. на госпитализацию для проведения трансплантации и в связи с проведением самой трансплантации;
 - 3.3.1.2.5. в связи с обеспечением наркоза и анестезии;
 - 3.3.1.2.6. на транспортировку и хранение органа для трансплантации;
 - 3.3.1.2.7. на госпитализацию и проведение хирургической операции донора;
 - 3.3.1.2.8. в связи с консультациями медицинских специалистов в рамках проведения Стационарного лечения;
 - 3.3.1.2.9. в связи с проведением медицинских исследований, сбором анализов в рамках проводимого Стационарного лечения;
 - 3.3.1.2.10. в связи с пребыванием в палате интенсивной терапии, в том числе искусственное поддержание жизнедеятельности, если данная необходимость возникла вследствие Лечения, проводимого в связи с событиями, перечисленными в пп. 3.3.1.1.1–3.3.1.1.10 настоящих Полисных условий;
 - 3.3.1.2.11. на лекарственные средства и медицинские материалы, предписанные в рамках Стационарного лечения;
 - 3.3.1.2.12. на пребывание в стационаре в целях оказания Медицинских услуг в одноместной или многоместной палате;
 - 3.3.1.2.13. на пребывание в стационаре 1 (одного) совершеннолетнего лица, сопровождающего Застрахованное лицо в целях оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг, если Застрахованное лицо является Ребенком.
- 3.3.1.3. Возмещение расходов, понесенных Застрахованным лицом в связи со Стационарным лечением и оказанием Медицинских услуг, перечисленных в п. 3.3.1.1., производится по факту несения таких расходов и на основании представленных копий счетов (чеков) об оплате медицинских услуг, включая лекарственные средства, выписанные для Лечения в стационаре и в период пребывания на Стационарном лечении.

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

В случае если Репатриация тела Застрахованного лица организована без участия Страховщика, то расходы на Репатриацию возмещаются на основании

предоставленных Страховщику счетов, подтверждающих несение соответствующих расходов, но не более лимита Страховой выплаты, указанного в Договоре страхования или в Программе страхования.

Если смерть Застрахованного лица наступила в период прохождения Лечения СОЗ, оказываемого Застрахованному лицу в результате его самостоятельного обращения в Медицинское учреждение и без участия Страховщика в организации Лечения, в том числе в случаях, когда Страховщик был проинформирован о таком Лечении, то организация предоставления и оплата Репатриации тела Застрахованного лица производится только в случае если такое Лечение будет признано Страховым случаем.

В любом случае Страховщик не оплачивает расходы в связи с оказанием ритуальных услуг.

3.3.3. Осуществление выплаты фиксированной Страховой суммы для самостоятельного финансирования Застрахованным лицом своего Лечения без оплаты Медицинских услуг Страховщиком в случае диагностирования Смертельно опасного заболевания, поименованного ниже:

- 3.3.3.1. Онкологическое заболевание в начальных стадиях;
- 3.3.3.2. Терминальная почечная недостаточность;
- 3.3.3.3. Паралич;
- 3.3.3.4. ВИЧ-инфицирование вследствие переливания крови;
- 3.3.3.5. Болезнь Альцгеймера;
- 3.3.3.6. Молниеносный вирусный гепатит;
- 3.3.3.7. Рассеянный склероз;
- 3.3.3.8. Потеря зрения;
- 3.3.3.9. Потеря слуха;
- 3.3.3.10. Болезнь Паркинсона;
- 3.3.3.11. Энцефалит;
- 3.3.3.12. Обширные ожоги;
- 3.3.3.13. Мышечная дистрофия Дюшена или Беккера;
- 3.3.3.14. Прогрессирующая или системная склеродермия;
- 3.3.3.15. Полиомиелит;
- 3.3.3.16. Бактериальный менингит;
- 3.3.3.17. Болезнь мотонейрона.

Настоящий пункт применяется, если это предусмотрено Программой страхования и в том объеме, который предусмотрен Программой страхования. Осуществление Страховщиком выплаты фиксированной Страховой суммы для самостоятельного финансирования Застрахованным лицом своего Лечения в случае диагностирования Смертельно опасного заболевания, предусмотренного п.п. 3.3.3.1. – 3.3.3.17 настоящих Полисных условий, не влечет прекращение Договора страхования по иным видам страхового покрытия с учетом положений п.п.4.8-4.10 настоящих Полисных условий.

3.3.4. Организация предоставления и оплаты слуг по Медицинскому Ориентированию, как оно определено в настоящих Полисных условиях и Программе страхования:

3.3.4.1. Застрахованное лицо вправе обратиться за получением услуги Медицинское ориентирование в Сервисный центр Страховщика, с которым у Страховщика установлены договорные отношения, и сведения о котором указаны в Договоре страхования и (или) Программе страхования. Услуга Медицинское Ориентирование предоставляются квалифицированными специалистами в области здравоохранения Сервисного центра Страховщика и (или) Медицинских учреждений.

3.3.4.2. Застрахованное Лицо вправе обратиться за услугой Медицинское Ориентирование в результате любых заболеваний, состояний медицинского характера, имеющих у Застрахованного лица, кроме исключений, прямо поименованных в Программе страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ОБЯЗАННОСТИ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

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

4.1.1. наркологическая помощь, косметологическое Лечение, включая пластическую хирургию, все виды протезирования (включая эндопротезирование (пластины, штифты, кардиостимуляторы и т.п.), кроме протезирования, прямо предусмотренного Программой медицинского страхования в связи с диагностированным СОЗ;

4.1.2. случаи обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение в связи с получением любого травматического повреждения, вызванного любым состоянием или расстройством, кроме травматических повреждений, вызванных непосредственно СОЗ;

4.1.3. случаи обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение с целью первичного диагностирования СОЗ до даты постановки точного диагноза, в том числе злокачественных новообразований, или с целью определения показаний для оперативного Лечение, такие как биопсия, рентген, лабораторные методы, магнитно-резонансная томография (МРТ) и прочие;

4.1.4. случаи обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение по поводу СОЗ, а также их последствий, наступивших вследствие активного участия Застрахованного лица в беспорядках, умышленного участия в драках или при совершении уголовно наказуемых деяний;

4.1.5. оказание Медицинских услуг, прием препаратов, Лечение, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим Врачом Застрахованного лица либо не являются необходимыми с медицинской точки зрения (согласно федеральным или

региональным медико-экономическим стандартам) для Лечения СОЗ или оказания Медицинских услуг, указанных в п. 3.3.1.1 настоящих Полисных условий;

4.1.6. оказание Медицинских услуг в рамках амбулаторного Лечения, в том числе расходы на консультации медицинских специалистов и проведение медицинских исследований после окончания Стационарного лечения, а также на медикаменты, предписанные после окончания Стационарного лечения, которые следует продолжать принимать в амбулаторном порядке;

4.1.7. неврачебный домашний уход, Паллиативная медицинская помощь, как на дому или в амбулаторных условиях, так и в стационаре, а также гериатрические и реабилитационные мероприятия, коррекционная педагогика и экспериментальные методы Лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения;

4.1.8. Заболевания, наступившие или усугубившиеся вследствие злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами, или Лечение которых осложняется последствиями злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами, а также меры по отвыканию и Лечение алкоголизма и наркомании;

4.1.9. Стационарное лечение в следующих Медицинских учреждениях:

- главным образом ориентированных на реабилитацию;
- для людей с алкогольной и наркотической зависимостью;
- для правонарушителей с душевными отклонениями;
- для ухода за престарелыми, ослабленными Заболеванием и хронически больными людьми или вследствие недостатка домашнего ухода;
- госпиталях для подследственных (или отделениях для подследственных);
- курортных учреждениях, домах отдыха, диетических санаториях и санаториях для выздоравливающих;

4.1.10. при Стационарном лечении в нижеприведенных Медицинских учреждениях страховое покрытие предоставляется лишь в той степени, в какой это в письменном виде было признано Страховщиком до начала Лечения:

- Медицинские учреждения, в которых Лечение проводится не в соответствии с общепризнанным медицинским стандартом;
- Медицинские учреждения (или отделения Медицинских учреждений) для нервно- и/или душевнобольных (за исключением их самостоятельных отделений неврологии или нейрохирургии), а также Медицинские учреждения (или отделения Медицинских учреждений) для легочных и туберкулезных больных с пятой недели Лечения;

4.1.11. необходимость искусственного поддержания жизни, кроме случаев, когда такое искусственное поддержание жизни непосредственно вызвано

СОЗ, по поводу которого осуществлялось Лечение, но в любом случае не более срока действия Договора страхования;

4.1.12. необходимость Стационарного лечения врожденных Заболеваний (включая пороки развития, выявленные внутриутробно), кроме случаев, когда необходимость Стационарного лечения была обнаружена/диагностирована и предписана Врачом после вступления Договора страхования в силу;

4.1.13. необходимость нахождения и получения ухода в хосписе;

4.1.14. необходимость трансплантации – в части возмещения расходов на поиск подходящего донора или органа для пересадки;

4.1.15. необходимость Лечение или ухода в связи с устойчивыми вегетативными и неврологическими нарушениями;

4.1.16. необходимость Лечение или ухода в связи с Заболеваниями и/или их симптомами, которые развивались, развились либо были диагностированы до заключения Договора страхования, и повлекли диагностирование и/или явились причиной развития СОЗ у Застрахованного лица. Факт наличия такого Заболевания подтверждается медицинскими документами Застрахованного лица (в том числе, но не ограничиваясь, историей болезни, амбулаторной картой, выпиской из медицинского учреждения, результатами диагностического исследования, заключениями Врача). Например, Лечение злокачественных новообразований, диагностированных после вступления Договора страхования в силу, которые развились из доброкачественных новообразований, язв, эрозий, полипов, которые были выявлены до вступления Договора страхования в силу; коронарное стентирование, необходимость которого возникла в связи с ишемической болезнью сердца, выявленной до вступления Договора страхования в силу; и прочее.

4.1.17. любое Лечение у несертифицированных Врачей, в несертифицированных Медицинских учреждениях или с помощью несертифицированных/нестандартизованных средств и способов;

4.1.18. любые Медицинские услуги, необходимые при наличии СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или любого другого медицинского состояния, возникающего на их основе (включая саркому Капоши), или любое Лечение СПИДа или ВИЧ;

4.1.19. расходы, связанные с покупкой (или арендой) любого типа протезов или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных конечностей или органов, париков (даже когда их использование считается необходимым в ходе химиотерапии), ортопедической обуви, приспособлений для поддержки и прочих схожих приспособлений или предметов, за исключением грудных протезов, использованных в результате хирургической операции по удалению молочной железы и протезов клапанов сердца;

4.1.20. расходы в связи с регулярной транспортировкой обычным транспортом и расходы, связанные с осуществлением или понесенные в результате осуществления Застрахованным лицом поездки за рубеж (в том числе проживание за рубежом и транспортные расходы), кроме расходов, предусмотренных пп. 3.3.2 и 3.3.3 настоящих Полисных условий;

4.1.21. расходы на услуги переводчика, телефонной связи и прочие расходы в связи с использованием услуг немедицинского назначения в личных целях или любых других услуг для родственников, сопровождающих лиц.

4.2. Событие не признается страховым, если оно:

4.2.1. произошло в результате или было вызвано любой Болезнью, смертью, прямо или косвенно относящимися к ВИЧ, и/или любой Болезнью, связанной с ВИЧ, включая СПИД, и/или любой мутантной производной, вариациями или осложнениями данных Заболеваний;

4.2.2. произошло в результате или было вызвано Лечением нервных или умственных Заболеваний Застрахованного лица, вне зависимости от их классификации, психиатрических отклонений, умственной депрессии или умственного психического расстройства (психоза);

4.2.3. произошло в результате или было вызвано плановыми периодическими медицинскими обследованиями Застрахованного лица в целях контроля или наблюдения за течением Заболевания или последствиями Заболевания, возникшего и (или) впервые диагностированного до даты заключения или вступления в силу Договора страхования;

4.2.4. произошло в результате или было вызвано любыми Болезнями Застрахованного лица, имевшимися до начала действия Договора страхования, которые когда-либо требовали госпитализации, амбулаторного Лечения или были диагностированы до наступления первого дня срока действия Договора страхования. Факт наличия такого Заболевания подтверждается медицинскими документами Застрахованного лица (в том числе, но не ограничиваясь, историей болезни, амбулаторной картой, выпиской из медицинского учреждения, результатами диагностического исследования, заключениями Врача);

4.2.5. вызвано употреблением Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным Врачом;

4.2.6. вызвано употреблением Застрахованным лицом алкогольсодержащих и наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным Врачом;

4.2.7. произошло во время нахождения Застрахованного лица в составе вооруженных сил любого государства;

4.2.8. произошло во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы или предварительного заключения;

4.2.9. произошло вследствие совершения или попытки совершения преступления Застрахованным лицом либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Страховой выплаты по Договору страхования;

4.2.10. произошло вследствие управления Застрахованным лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное лицо не имеет права управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца), либо

в случае, когда Застрахованное лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

4.2.11. произошло в результате беременности, родов, выкидыша, аборта.

4.3. Указанные в п.4.2. Полисных условий исключения из страхового покрытия применяются наряду с теми исключениями, которые указаны в определениях соответствующего СОЗ.

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

Бремя доказывания наличия причинно-следственной связи между произошедшим событием и причиной, поименованной в настоящем разделе Полисных условий, лежит на Страховщике.

4.4. Страховщик не вправе отказать в Страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством Российской Федерации или Договором страхования.

4.5. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и Страховой суммы, когда Страховой случай наступил вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- г) изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения имущества по распоряжению государственных органов;
- д) умысла Страхователя или Застрахованного лица;
- е) в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

4.6. Страховщик вправе принять решение об отказе в Страховой выплате в следующих случаях:

- а) неуведомления в установленные Договором страхования или Полисными условиями сроки и порядке о наступлении Страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату;
- б) предоставления ложных сведений и (или) документов о факте наступления и причинах наступления Страхового случая;
- в) сообщения Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска при заключении Договора страхования, если это прямо повлияло на наступление

Страхового случая и обязанность Страховщика произвести Страховую выплату, при этом Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в установленном законом порядке.

4.7. Страховщик не производит Страховую выплату в случаях, когда событие не признано Страховым случаем в силу условий, на которых заключен Договор страхования, в том числе если событие подпадает под исключения из страхового покрытия, отраженных в настоящем разделе Полисных условий.

4.8. Выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Терминальной почечной недостаточностью не производится, если была осуществлена трансплантация почки в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий. При этом оплата трансплантации почки в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий не производится, если произведена выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Заболеванием "Терминальная почечная недостаточность".

4.9. Выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Молниеносным вирусным гепатитом не производится, если была осуществлена трансплантация печени в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий. При этом оплата трансплантации печени в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий не производится, если произведена выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Заболеванием «Молниеносный вирусный гепатит».

4.10. Выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Онкологическими заболеваниями на ранних стадиях не производится, если было осуществлено или осуществляется Лечение Онкологического заболевания в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий по тому же диагнозу. При этом оплата Лечение Онкологического заболевания в рамках страхового покрытия «Стационарное лечение» по п. 3.3.1.1. настоящих Полисных условий не производится, если произведена выплата фиксированной Страховой суммы в связи с Заболеванием «Онкологическое заболевание на ранних стадиях» по тому же диагнозу.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

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

5.2. Страховая сумма для каждой из Программ страхования устанавливается Страховщиком исходя из перечня Медицинских услуг, предусмотренных

соответствующей Программой страхования, и стоимости этих услуг в Медицинских учреждениях, на базе которых осуществляется Лечение по данной Программе страхования.

5.3. Если Программой страхования предусмотрена единовременная выплата фиксированной Страховой суммы по факту диагностирования СОЗ, указанных в п. 3.3.3. настоящих Полисных условий, размер такой Страховой суммы указывается в соответствующей Программе страхования.

5.4. Количество обращений (лимит ответственности по количеству обращений) и, соответственно, количество услуг, оказываемых в рамках Медицинского ориентирования, не ограничено, если Договором страхования не предусмотрено иное.

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

5.6. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается в Договоре страхования. Страховая сумма по страховому покрытию «Стационарное лечение» устанавливается в валюте евро, кроме случаев, когда согласно применимому законодательству она может быть (должна быть) установлена в иной валюте. По соглашению сторон в Договоре страхования может быть предусмотрено, что Страховая сумма устанавливается в валюте, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте или в условных денежных единицах. Расчеты между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) осуществляются в валюте Российской Федерации по курсу Банка России на дату внесения платежа/осуществления выплаты, если иной курс или иная дата его определения не установлены законом или соглашением сторон.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

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

6.2. При заключении Договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой Программе страхования базовые Страховые тарифы (тарифные ставки), определяющие Страховую премию, взимаемую с единицы Страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера Страхового риска.

6.3. Страховая премия по Договору страхования оплачивается единовременно безналичным расчетом на расчетный счет Страховщика, указанный в

Договоре страхования, в рублях Российской Федерации, если Договором страхования не предусмотрены иная форма или иные условия оплаты.

6.4. Если единовременная Страховая премия не уплачена к сроку, указанному в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу.

6.5. Страховая премия уплачивается в сроки и в размере, которые указаны в Договоре страхования.

6.6. Если иное не установлено Договором страхования, датой уплаты Страховой премии считается дата списания денежных средств с банковского счета Страхователя для их перечисления на банковский счет Страховщика либо дата внесения наличных денежных средств в кассу банка для осуществления банковского перевода на банковский счет Страховщика, при условии последующего поступления денежных средств в полном объеме на счет Страховщика.

6.7. Если Страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим такое лицо не приобретает.

6.8. Страховая премия устанавливается в российских рублях.

6.9. Изменения условий страхования в связи с пересчетом размера Страховой премии вступают в силу с даты возобновления Договора страхования (если применимо). В случае если Страхователь не осуществит оплату дополнительной Страховой премии в срок, установленный Страховщиком на оплату дополнительной Страховой премии, Договор страхования прекращает свое действие.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику в отношении каждого Застрахованного лица следующие обязательные сведения:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);
- гражданство;
- паспортные данные;
- данные миграционной карты (если применимо);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если применимо);

- домашний адрес и телефон;
- а также иные сведения, необходимые Страховщику и предусмотренные формой Страхового сертификата.

7.2. Договор страхования заключается письменно в форме Страхового сертификата на срок, равный 15 (пятнадцати) месяцам, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора страхования. Страхователь, подписывая Страховой сертификат, выражает свое согласие с настоящими Полисными условиями. Единовременная уплата Страховой премии по Договору страхования в полном объеме является дополнительным подтверждением согласия с условиями страхования, изложенными в Страховом сертификате и настоящих Полисных условиях.

Стороны согласны с тем, что Страховщик вправе при подписании Договора страхования, выпуске Страховых сертификатов и иных документов, имеющих отношение к Договору страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица с помощью средств механического или иного копирования.

7.3. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (Страхового риска), если эти обстоятельства неизвестны и объективно не могли быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Страхового сертификата. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения о таких обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

7.4. При условии оплаты Страховой премии в полном объеме Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором был заключен Договор страхования. При этом Страхователь имеет право воспользоваться Периодом свободного ознакомления, который составляет 16 (шестнадцать) календарных дней с даты вступления Договора страхования в силу, и отказаться от Договора страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии в полном объеме.

7.5. Стороны имеют право возобновить Договор страхования на срок, равный 12 (двенадцати) месяцам (одному году). По общему правилу Договор страхования возобновляется автоматически на тех же условиях, которые указаны в Страховом сертификате (за исключением условия о Периоде ожидания и о Периоде свободного ознакомления, который не применяется при возобновлении Договора страхования на очередной период действия Договора страхования), при условии оплаты Страхователем Страховой премии не

позднее последнего дня окончания текущего срока действия Договора страхования в установленном в Страховом сертификате размере. При автоматическом возобновлении Договора страхования размер Страховой премии на новый период действия Договора страхования (12 месяцев) равен размеру Страховой премии за первый период действия Договора страхования (который составлял 15 месяцев с учётом согласованного сторонами Периода ожидания). Автоматическое возобновление Договора страхования может осуществляться неограниченное количество раз с учетом положений пп. 7.5.1–7.5.5 настоящих Полисных условий.

7.5.1. В случае невозможности автоматического возобновления Договора страхования на прежних условиях Страховщик, не позднее 60 (шестидесяти) календарных дней до даты окончания текущего срока действия Договора страхования, уведомляет Страхователя о намерении возобновить Договор страхования на новых условиях путем направления Страхователю нового Страхового сертификата с указанием Страховой суммы, Страховой премии, объема страхового покрытия и других существенных условий на следующий срок действия Договора страхования. Страховщик вправе направить Страховой сертификат Страхователю любым доступным средством связи по контактам Страхователя, указанным в Договоре страхования. При этом Страховая премия по Договору страхования может быть пересчитана (скорректирована) в случае изменения следующих условий Договора страхования:

- 7.5.1.1. изменение размера Страховой суммы по Договору страхования;
- 7.5.1.2. изменение объема страхового покрытия (в том числе, но не ограничиваясь, перечня Медицинских услуг в пределах объема покрытия, указанного в настоящих Полисных условиях, и Программ страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящих Полисных условий);
- 7.5.1.3. увеличение/уменьшение степени риска по Договору страхования (в том числе рост убыточности);
- 7.5.1.4. достижение Застрахованным лицом 18-летнего (восемнадцатилетнего) возраста;
- 7.5.1.5. изменение цен на Медицинские услуги и иные, связанные с ними услуги либо значительное изменение курса евро по отношению к российскому рублю;
- 7.5.1.6. иные условия, влияющие на размер Страховой премии.

7.5.2. При наличии желания и в подтверждение своего согласия возобновить Договор страхования на новый срок на условиях, предложенных Страховщиком в Страховом сертификате, как указано в п. 7.5.1 настоящих Полисных условий, Страхователь оплачивает Страховую премию в размере, указанном в Страховом сертификате, полученном от Страховщика, не позднее даты окончания текущего срока действия Договора страхования. В случае непоступления Страховой премии от Страхователя в указанном в Страховом

сертификате размере и в указанный срок на банковский счет Страховщика действующий Договор страхования считается прекращенным с даты окончания текущего срока действия Договора страхования, а Страховой сертификат на следующий срок действия Договора страхования считается недействительным.

7.5.3. В случае, предусмотренном в п. 7.5.1 настоящих Полисных условий, подтверждением соглашения Сторон в отношении Страховой суммы, Страховой премии, а также иных существенных условий, на которых возобновляется Договор страхования на новый срок, является Страховой сертификат на очередной срок действия Договора страхования, направление данного Страхового сертификата Страховщиком Страхователю и оплата Страхователем Страховой премии. При этом оплата Страховой премии за новый срок страхования является подтверждением вручения Страхователю Страхового сертификата и согласия Страхователя со всеми условиями возобновления Договора страхования.

7.5.4. В случае возобновления Договора страхования возобновленный Договор страхования продолжает свое действие в отношении Заболеваний Застрахованного лица, впервые диагностированных в предыдущие периоды действия Договора страхования, в случае непрерывной последовательности таких периодов действия Договора страхования.

7.5.5. В случае невозможности возобновления Договора страхования ни на каких условиях Страховщик, не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней до даты окончания текущего срока действия Договора страхования уведомляет Страхователя о невозможности возобновления Договора страхования.

7.6. Все данные о Страхователе (Застрахованном лице), которые стали известны Страховщику из любого доступного официального источника в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях исполнения Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено Договором страхования или законодательством Российской Федерации. Страховщик вправе предоставлять персональные данные (включая сведения, составляющие врачебную тайну) АО «Райффайзенбанк», юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, ассистентским компаниям, состоящим в договорных отношениях со Страховщиком, перестраховочным организациям, представителям Страхователя, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо в целях достижения целей обработки персональных данных, и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации.

7.7. Страхователь, заключая Договор страхования на основании настоящих Полисных условий, в соответствии с законодательством о защите персональных данных выражает также свое согласие на обработку, хранение и иное использование своих персональных данных, содержащихся в документах, и иной информации (в том числе передаваемой с использованием телефонной связи, телекоммуникационной сети Интернет, при условии что Страховщик обеспечивает соответствующую возможность безопасной передачи, записи и хранения информации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации), передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования, а также на трансграничную передачу персональных данных в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и необходимо Страховщику для исполнения его обязательств по заключенному Договору страхования.

Страховщик в течение всего срока, установленного нормативными документами, в течение которого он обязан хранить информацию о Страхователе и оказанных услугах, обрабатывает данные Страхователя с помощью своих программно-аппаратных средств.

Обработка персональных данных в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях.

Указанное согласие Страхователя может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику письменного заявления об отзыве согласия на обработку, хранение и иное использование персональных данных установленного и утвержденного Страховщиком образца. При этом такой отзыв является основанием для расторжения Договора страхования, если законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное.

В случае письменного запроса Страховщика Страхователь в срок, указанный в запросе, обязан предоставлять информацию о конечных бенефициарах по Договору страхования в случаях, когда представление такой информации требуется в силу применимого законодательства.

В случае изменения персональных данных Страхователь обязан известить о них Страховщика письменно в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты изменения персональных данных.

7.8. Все уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением, возобновлением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов Сторон Стороны Договора страхования обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если Сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны

заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с момента их поступления по прежнему адресу.

7.9. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, возобновлением и исполнением или прекращением Договора страхования считаются направленными Сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме и в порядке, позволяющем идентифицировать факт вручения/получения.

7.10. Период страхования исчисляется с даты вступления Договора страхования в силу и заканчивается датой или сроком окончания действия Договора страхования, указанными в Договоре страхования.

7.11. Действие Договора страхования прекращается в случае:

7.11.1. Истечения срока действия Договора страхования.

7.11.2. По требованию Страхователя – в любое время в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7.11.3. Смерти Страхователя, являющегося одновременно Застрахованным лицом, либо если Страхователь и Застрахованное лицо – разные лица и, если Застрахованное лицо выразит свое письменное несогласие с переходом к нему прав и обязанностей Страхователя. В случае если Застрахованное лицо письменно не выразит свое несогласие, все права и обязанности Страхователя по Договору страхования переходят к Застрахованному лицу и Договор страхования продолжает действовать в отношении такого Застрахованного лица.

7.11.4. По соглашению Сторон – в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7.11.5. Если возможность наступления Страхового случая отпала и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай.

7.11.6. По требованию Страхователя – в Период свободного ознакомления при условии подачи Страхователем заявления о расторжении Договора страхования до момента истечения Период свободного ознакомления в порядке отказа Страхователя от Договора страхования.

7.11.7. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и (или) положениями Договора страхования.

7.12. При досрочном прекращении действия Договора, за исключением случаев расторжения, указанных в п.п. 7.11.3. и 7.11.5. (в той мере, в какой применимо) настоящих Полисных условий, уплаченная Страховая премия возврату не подлежит, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.13. В случае, предусмотренном в п.7.11.3. настоящих Полисных условий (но только, если смерть Страхователя/Застрахованного лица наступила до истечения срока действия Договора страхования и по причинам, не предусмотренным Договором страхования в качестве Страхового случая), законным наследникам Страхователя на основании их заявления,

оформленного по образцу Страховщика, возвращается часть уплаченной Страховой премии, пропорциональная неистекшему периоду действия Договора страхования и за вычетом расходов Страховщика. Страховая выплата при этом не производится.

7.14. В случае, предусмотренном в п. 7.11.5. настоящих Полисных условий, Страховщик имеет право на часть Страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал Договор страхования.

7.15. В случае отказа от Договора страхования, как предусмотрено в п. 7.11.6. настоящих Полисных условий, денежные средства, перечисленные Страхователем в счет уплаты Страховой премии, подлежат возврату Страхователю в полном объеме по письменному заявлению Страхователя.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. Ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования, составленными на основании настоящих Полисных условий, по запросу Страхователя – разъяснить отдельные их положения;

8.1.2. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе/Застрахованном лице в связи с заключением и исполнением Договора страхования;

8.1.3. При наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в течение предусмотренного в Договоре страхования срока, после получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Полисными условиями и/или организовать плановое Лечение Застрахованного лица в рамках Программы страхования;

8.1.4. Получить письменное согласие Страхователя на обработку, хранение и иное использование его персональных данных в целях и пределах, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе в соответствии с Федеральными законами «О персональных данных», «О рекламе»), в течение неограниченного срока либо по меньшей мере на период осуществления Договора страхования, если в письменном согласии не указано иное.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. Уплатить Страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

8.2.2. При заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую информацию о своей жизни, деятельности и состоянии здоровья, а также любую другую информацию, требуемую Страховщиком, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

8.2.3. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях относительно Страхователя или Застрахованного лица, которые он намерен внести в условия Договора

страхования, в том числе о перемене места жительства, рода деятельности и/или места работы;

8.2.4. Известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении Страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов, предусмотренных в Договоре страхования;

8.2.5. Ежегодно обновлять информацию о Страхователе (Выгодоприобретателе, Застрахованном лице) путем заполнения и направления в адрес Страховщика идентификационной анкеты по форме, размещенной на сайте Страховщика в сети Интернет. Идентификационная анкета не заполняется, если за прошедший Полисный год данные о Страхователе, Выгодоприобретателе, Застрахованном лице не изменились;

8.2.6. Исполнять любые иные положения настоящих Полисных условий, Договора страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.3.2. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований Договора страхования и настоящих Полисных условий любым законным способом;

8.3.3. Оспаривать действительность Договора страхования в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

8.3.4. Для принятия решения о Страховой выплате/организации Лечения направлять при необходимости запросы соответствующим адресатам, обладающим информацией, об обстоятельствах наступления Страхового случая, а также затребовать от Страхователя (Застрахованного лица) или законных наследников Застрахованного лица предоставления предусмотренных Договором страхования сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая;

8.3.5. Отсрочить Страховую выплату до получения полной информации о Страховом случае и подтверждающих документов о нем;

8.3.6. Отсрочить решение о Страховой выплате в случае возбуждения в отношении Страхователя (Застрахованного лица) или законных наследников Застрахованного лица по факту наступления Страхового случая уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

8.3.7. Принять решение об отказе в Страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах и обстоятельствах наступления Страхового случая, предусмотренного в Договоре страхования;

8.3.8. Принять решение об отказе в Страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо) предоставил заведомо ложные сведения, связанные с причиной и обстоятельствами наступления Страхового случая;

8.3.9. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Полисных условий и Договора страхования.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Получить дубликат Договора страхования (Страхового сертификата) в случае его утраты;

8.4.2. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

8.4.3. Досрочно расторгнуть Договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика с указанием даты предполагаемого досрочного прекращения действия Договора страхования;

8.4.4. Получать от Страховщика расчет размера Страховой выплаты (если такие условия предусмотрены Договором страхования);

8.4.5. Обращаться к Страховщику с заявлением о внесении необходимых изменений в условия Договора страхования;

8.4.6. Получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;

8.4.7. На получение Страховой выплаты в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, если Страхователь является Застрахованным лицом;

8.4.8. Требовать от Страховщика соблюдения условий Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;

8.5. Договором страхования могут быть установлены и иные права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

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

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

9.2. Предоставление Медицинской помощи (а также оказание услуги Медицинского ориентирования) либо Репатриации, предусмотренной Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется:

1) путем обращения Застрахованного лица (или заинтересованного лица в случае необходимости организации Репатриации) по контактному телефону

Сервисного центра Страховщика в целях выбора Медицинского учреждения из предложенного Страховщиком перечня Медицинских учреждений для организации Стационарного лечения, организации Репатриации или получения услуги Медицинского ориентирования.

2) путем обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение, если организация Лечения проходит без участия Страховщика, в том числе в случаях, когда Страховщик был проинформирован о таком Лечении. При этом в отношении Страховой выплаты при обращении Застрахованного лица в Медицинское учреждение, если организация Лечения проходит без участия Страховщика, применяется соответствующая Франшиза, указанная в Договоре страхования или Программе страхования.

3) путем самостоятельной организации заинтересованным лицом Репатриации, если организация Репатриации проходит без участия Страховщика, в том числе в случаях, когда Страховщик был проинформирован о такой Репатриации. При этом в отношении Страховой выплаты, если организация Репатриации проходит без участия Страховщика, Договором страхования или Программой страхования могут быть установлены соответствующие лимиты Страховой выплаты.

При обращении Застрахованного лица в Медицинское учреждение предъявляется паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица, а также номер Договора страхования (Страхового сертификата).

По всем вопросам, возникающим в ходе реализации предоставленных Страховым сертификатом прав, Застрахованное лицо (или заинтересованные лица в случае необходимости организации Репатриации) вправе обращаться по контактному телефону Сервисного центра Страховщика, указанному в Договоре страхования и (или) соответствующей Программе страхования.

9.3. Оплата стоимости услуг, оказанных Медицинскими учреждениями, либо услуг по Репатриации производится Страховщиком либо по его поручению Сервисным центром исходя из фактических затрат на оказание Медицинской помощи и Медицинских услуг либо осуществления Репатриации в пределах Страховой суммы, установленной по Договору страхования, путем перечисления денежных средств на счет соответствующего Медицинского учреждения/организатору Репатриации, либо на счет соответствующего Сервисного центра (организатора) для последующего перечисления в Медицинское учреждение/организатору Репатриации, либо на банковский счет Застрахованному лицу (или заинтересованному лицу в случае организации Репатриации) в случаях, когда последний понес расходы (оплатил Медицинские услуги/Репатриацию) самостоятельно. Оплата Медицинских услуг/Репатриации осуществляется в сроки, согласованные Договором с Медицинским учреждением/организатором Репатриации, Договором с Сервисным центром или в случае осуществления выплаты Застрахованному лицу (или

заинтересованные лица в случае организации Репатриации) – в сроки, указанные в настоящих Полисных условиях.

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

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

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

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

9.3.5. Страховщик/ Сервисный центр (организатор) Страховщика вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу Медицинских услуг их перечню, предусмотренному условиями Договора страхования (Программы страхования).

9.3.6. В случае оплаты Сервисным центром/Сервисным центром (организатором) по поручению Страховщика стоимости услуг, оказанных Медицинскими учреждениями либо организатором Репатриации, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской помощи и Медицинских услуг либо осуществления Репатриации в пределах Страховой суммы, установленной по Договору страхования, Страховщик производит последующую оплату расходов Сервисного центра на основании выставленного Сервисным центром счета с приложением копий документов из Медицинских учреждений/от организатора Репатриации.

9.4. В случаях, когда Застрахованному лицу необходима экстренная Медицинская помощь в связи с СОЗ (в рамках соответствующей Программы страхования) или согласование со Страховщиком невозможно, Страховщик имеет право произвести оплату (компенсацию) произведенных

Застрахованным лицом расходов по Страховому случаю в полном объеме – на основании письменного заявления Застрахованного лица (Страхователя) с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг, диагноза, сроков Лечения, перечня оказанных Медицинских услуг (из числа предусмотренных Договором страхования). В остальных случаях оплата расходов, понесенных Застрахованным лицом, производится в соответствии с применяемыми Франшизами, указанными в Специальных полисных условиях.

В целях применения настоящего пункта под экстренной Медицинской помощью понимается необходимый с врачебной точки зрения перечень неотложных Медицинских услуг, обусловленных критическим состоянием здоровья Застрахованного лица, если оказание такой Медицинской помощи не может быть отсрочено и при неосуществлении указанных Медицинских услуг может наступить смерть, утрата трудоспособности или иной существенный ущерб здоровью Застрахованного лица.

9.5. При установлении Застрахованному лицу одного из диагнозов, поименованных в п 3.3.3. настоящих Полисных условий в течение Полисного года, Страховая выплата осуществляется одновременно в размере 100% установленной в Договоре страхования Страховой суммы. При этом, в течение одного Полисного года возможна выплата только по одному из диагнозов, поименованных в п 3.3.3. настоящих Полисных условий.

В случае, если Застрахованному лицу в течение одного и того же Полисного года будут установлены несколько диагнозов, поименованных в п. 3.3.3. настоящих Полисных условий, Страховая выплата осуществляется только по одному из данных заболеваний, признанных Страховым случаем.

В случае, если Застрахованному лицу будут установлены несколько из указанных в п. 3.3.3. настоящих Полисных условий диагнозов одновременно, Страховая выплата осуществляется только по одному из данных Заболеваний, признанных Страховым случаем.

В случае, если в течение одного Полисного года диагноз будет установлен повторно, и Страховая выплата по указанному диагнозу была произведена ранее (в течение текущего Полисного года), повторная Страховая выплата не производится. Выплата по одному и тому же диагнозу, поименованному в п. 3.3.3. настоящих Полисных условий, повторно не производится, даже если такой диагноз повторно будет установлен в последующие Страховые годы.

9.6. Для оплаты (компенсации) понесенных Застрахованным лицом расходов/для осуществления Страховой выплаты по Страховому случаю Застрахованное лицо обязано представить Страховщику документы, указанные в п.п. 9.9.–9.10. настоящих Полисных условий. Неисполнение указанной обязанности дает Страховщику право отказать в Страховой выплате, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений

об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату.

9.7. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента вынесения Страховщиком решения о признании события Страховым случаем и осуществлении Страховой выплаты. Решение о признании события Страховым случаем Страховщик принимает в форме Акта о Страховом случае в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты представления Страховщику документов, указанных в п.п.9.9.–9.10. настоящих Полисных условий.

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

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

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

- а) копия Договора страхования (Страхового сертификата) (оригинал предоставляется на обозрение по запросу Страховщика);
- б) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (если Застрахованное лицо в возрасте до 14 (четырнадцати) полных лет – копия свидетельства о рождении);
- в) копия медицинского направления на Лечение;
- г) официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, медицинская карта) (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо в установленном законом порядке), подтверждающие факт первичного диагностирования СОЗ и историю заболевания;
- д) счет/счета Медицинского учреждения, подтверждающий(ие) факт оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг и документ, подтверждающий оплату медицинских услуг (в случае компенсации Застрахованному лицу расходов, произведенных в рамках Стационарного лечения СОЗ);
- е) счет/счета организатора Репатриации, подтверждающие факт осуществления Репатриации Застрахованного лица (если применимо) и документ, подтверждающий ее оплату;

- ж) документ, подтверждающий даты оказания Застрахованному лицу Медицинских услуг при Стационарном лечении;
- з) документ, содержащий перечень Медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу при Стационарном лечении;
- и) другие документы, если предусмотрено Договором страхования;
- к) заявление о Страховой выплате установленного Страховщиком образца.

9.10. Для единовременной выплаты фиксированной Страховой суммы, Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

- а) заявление о Страховой выплате установленного Страховщиком образца;
- б) копия Договора страхования (Страхового сертификата) (оригинал предоставляется на обозрение по запросу Страховщика);
- в) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (если Застрахованное лицо в возрасте до 14 (четырнадцати) полных лет – копия свидетельства о рождении), копия паспорта заявителя, если заявитель не является Застрахованным лицом;
- г) официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, медицинская карта), подтверждающие факт первичного диагностирования СОЗ, и дату первичного диагностирования СОЗ (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо в установленном законом порядке);
- д) выписки из медицинских организаций по месту жительства (наблюдения) (всех мест проживания за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованное лицо обращалось в рамках добровольного медицинского страхования (на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования);
- е) нотариально заверенная копия справки из Бюро МСЭ (Бюро медикосоциальной экспертизы) о присвоении группы инвалидности Застрахованному Лицу (в случае присвоения инвалидности Застрахованному лицу);
- ж) направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (Форма N 088/у-06 (в случае повторного установления инвалидности – направления, выданные при предыдущих освидетельствованиях) (в случае присвоения инвалидности Застрахованному лицу);
- з) протокол проведения медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – протоколы, выданные при предыдущих освидетельствованиях) (в случае присвоения инвалидности Застрахованному лицу).

Если на момент обращения за Страховой выплатой наступила смерть Застрахованного лица, дополнительно предоставляются следующие документы:

- а) свидетельство о праве на наследство с указанием законных наследников и простая копии паспортов законных наследников;
- б) нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного Лица из ЗАГС;
- в) нотариально заверенная копия справки о Смерти с указанием причин Смерти из ЗАГС;
- г) акт патологоанатомического/судебно-медицинского исследования, если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось;
- д) окончательное медицинское свидетельство о смерти Застрахованного Лица (в случае если вскрытие Застрахованного Лица не проводилось).

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

- а) копия медицинской карты стационарного больного либо полная выписка из нее с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, Лечении и сроках Лечения (если имело место Стационарное лечение/нахождение в реанимации), а также, в случае проведения обследований и манипуляций, полные данные с их результатами (в том числе результаты рентгенографического обследования (снимки с описанием), протокол хирургического вмешательства и т.д.);
- б) выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованное лицо обращалось в рамках добровольного медицинского страхования (на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования);
- в) медицинский документ о первичном обращении за Медицинской помощью с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, Лечении;
- г) результаты проведенных диагностических исследований;
- д) выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;

- е) выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;
- ж) выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;
- з) выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;
- и) документ, выданный центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подтверждающий взятие инфицированного больного на учет;
- й) медицинские документы, подтверждающие инфицирование/наличие у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С), содержащие информацию о дате инфицирования;
- к) переводной эпикриз в случае перевода Застрахованного лица из одного Медицинского учреждения в другое;
- л) результаты прохождения Застрахованным лицом военно-врачебной комиссии из военного комиссариата;
- м) данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращалось Застрахованное Лицо, в течение 5 (пяти) лет до заключения договора страхования;
- н) данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращалось Застрахованное Лицо, за период в течение 5 (пяти) лет до заключения договора страхования;
- о) справки Федеральной архивной службы России, архивов подразделений Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также других архивных служб;
- п) справки по месту работы (учебы), в которых работало (проходило учебу) Застрахованное Лицо;
- р) информация из общественных медицинских организаций и/или профессиональных медицинских сообществ.

9.12. Любой иной, специальный, в том числе более узкий, перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и

принятия решения о Страховой выплате, может быть согласован по обоюдному согласию Сторон Договора страхования, если это продиктовано индивидуальными особенностями и условиями страхования, обстоятельствами дела и прочими особенностями. В этом случае Стороны закрепляют такое соглашение в Договоре страхования, приложениях или дополнениях к нему либо в виде отдельного соглашения Сторон.

Перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, однако, не может быть расширен по инициативе Страховщика.

Стороны также вправе по обоюдному согласию внести уточнения в перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, на этапе урегулирования заявленного требования о Страховой выплате, если необходимость такого уточнения обусловлена конкретными обстоятельствами дела.

9.13. При предварительном обращении Застрахованного лица в Сервисный центр Страховщика в целях оказания Медицинских услуг/осуществления Репатриации Застрахованное лицо (или заинтересованное лицо в случае организации Репатриации) обязано предоставить Страховщику документы, указанные в п.п. 9.9.–9.10. настоящих Полисных условий. Настоящий список документов может быть сокращен Страховщиком в одностороннем порядке в зависимости от характера наступившего Страхового случая, при этом окончательный перечень необходимых документов сообщается Застрахованному лицу при обращении в Сервисный центр.

9.14. Все документы, предусмотренные в п.п.9.9.–9.10. настоящих Полисных условий и предоставляемые Страховщику в связи с обращением за Страховой выплатой, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод на русский язык. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка Врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о Страховой выплате до предоставления документов надлежащего качества.

9.15. Документы для решения вопроса о Страховой выплате должны быть предоставлены в виде оригиналов либо надлежащим образом заверенных копий (копий, заверенных печатью выдавшего учреждения, подписью уполномоченного лица либо нотариально), если иная форма документа прямо не предусмотрена в п.п. 9.9.–9.10. настоящих Полисных условий.

9.16. Все заявления о Страховой выплате должны быть представлены в письменной форме по форме, установленной Страховщиком. Все свидетельства, информация и доказательства, документы, предусмотренные настоящими Полисными условиями и Договором страхования и запрошенные Страховщиком, должны быть представлены бесплатно, в такой форме и такого содержания, как запрашивает Страховщик. Для возможности принятия

Страховщиком решения о Страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Законный представитель) должен направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошло Страховое событие, даты, места и обстоятельств наступления Страхового события, желаемого способа получения Страховой выплаты с указанием всех необходимых реквизитов.

10. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации, в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, и в соответствующий компетентный судебный орган.

10.2. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется Врачами-экспертами Страховщика.

10.3. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением при необходимости специально созданной экспертной комиссии.

10.4. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение компетентного судебного органа по месту нахождения Ответчика.

11. НАЛОГИ, ПОШЛИНЫ, СБОРЫ

11.1. Налоги, относящиеся к оплате Страховой премии, а также Страховой выплате, оплачиваются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11.2. Пошлины и нотариальные сборы, а также налоги, применяемые к страховой выплате по Договору страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, оплачивает получатель Страховой выплаты.