

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Полисные условия страхования жизни и на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний (далее - «Полисные условия») имеют силу дополнительных правил страхования и являются неотъемлемой частью Договора страхования жизни и на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний (далее - «Договор страхования»).

1.2. При заключении Договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Полисных условиях, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика (далее отдельно и совместно именуемые Сторона/Стороны). Стороны вправе согласовать любые иные дополнения, исключения, уточнения к Договору страхования, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации, исключить отдельные положения настоящих Полисных условий из содержания Договора страхования, закрепив это в тексте Договора страхования.

1.3. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, исполняются в письменной форме, письменная форма считается соблюденной в том числе при осуществлении взаимодействия в порядке электронного документооборота, в частности, путем отправления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя/Страховщика, указанному в Договоре страхования, отправления смс (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования и (или) иной службой обмена сообщениями.

2. 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.

Второе медицинское мнение - означает услугу, в рамках которой Застрахованному лицу предоставляется второе альтернативное медицинское мнение (заключение) по впервые диагностированному заболеванию и плану его лечения посредством индивидуального анализа медицинской документации по диагнозу Квалифицированным специалистом в области здравоохранения, выбранным по усмотрению медицинского персонала Сервисного центра Страховщика. Предоставляется однократно в период действия Договора страхования по одному и тому же впервые диагностированному Заболеванию, которое предусмотрено Программой страхования и по которым у Застрахованного Лица уже имеется первичное заключение врача.

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 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 (Основное Застрахованное лицо) – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования. Такое лицо не может быть старше 60 (шестидесяти) полных лет на дату заключения Договора страхования. 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.

Льготный период - период, начинающийся с даты возникновения задолженности по оплате очередного Страхового взноса и длящийся 30 (тридцать) календарных дней, в течение которого Страховщик предоставляет Страхователю возможность погасить возникшую задолженность по оплате очередного Страхового взноса.

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, с которыми соответствующие договорные отношения заключены от имени и в интересах Страховщика Сервисным центром Страховщика. К Медицинским учреждениям относятся лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ): больничные учреждения, диспансеры, клиники и другие; аптечные учреждения и (или) аптеки Медицинских учреждений.

Период ожидания – период времени, равный 90 (девяноста) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу, в течение которого любые Заболевания, которые были диагностированы либо симптомы которых проявились в указанный период не признаются Страховым случаем. Период ожидания действует в отношении Застрахованного лица и застрахованного Ребенка с даты вступления Договора страхования в силу в отношении указанных лиц.

Период свободного ознакомления с условиями страхования (Период свободного ознакомления) - период, начинающийся с даты заключения Договора страхования и длящийся 16 (шестнадцать) календарных дней, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть Договор страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии.

Программа страхования – перечень Страховых случаев, 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, специфические (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 именуется – Дети) относятся: физическое лицо (лица) в возрасте от 0 (нуля) лет и не более 17 (семнадцати) полных лет на начало действия Договора страхования. Под ребенком в целях настоящих Полисных условий понимается только ребенок Страхователя. Договор страхования может быть заключен в отношении Ребенка не ранее дня, следующего за днем выписки Ребенка из родильного дома. При этом, Ребенок Страхователя, рожденный в течение срока действия Договора страхования, также может быть застрахован по Договору страхования. При этом, вступление Договора страхования в силу в отношении Ребенка – это день, следующего за днем подачи Страхователем заявления по форме Страховщика о включении Ребенка в Программу страхования. При отсутствии указанного заявления, Ребенок Страхователя, рожденный в течение срока действия Договора страхования, не является застрахованным по Договору страхования.

Сервисный центр Страховщика – юридическое лицо и (или) специализированная организация, которое/которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг Второе медицинское мнение, предусмотренных настоящими Полисными условиями.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

Сомнительные опухоли - опухоли, обладающие 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.

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, заключившее со Страховщиком договор добровольного смешанного страхования жизни и на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний (далее – Договор страхования). Страхователем 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 один из его родителей, являющийся Страхователем по Договору страхования.

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

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

Страховое покрытие - перечень страховых рисков, на случай наступления которых заключается Договор страхования.

Страховые взносы - периодические (ежегодные) платежи Страховой премии, осуществляемые Страхователем.

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 – свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, при условии, что оно обладает признаками вероятности и случайности наступления и произошло в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении Страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

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.

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, а также с учетом перечня СОЗ, включенных в объем Страхового покрытия, как он закреплен в конкретном Договоре страхования.

а. 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 лейкомию, ракоподобные лимфомы, Онкологические заболевания кровеносных органов и Болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы

входят в Страховое покрытие, если новообразование больше или равно рТ1bN0M0 (вертикальной толщины 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.

Не являются Онкологическими заболеваниями в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания/состояния:

- Доракочественные или предраковые новообразования;
- Преинвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis¹);
- Цервикальная дисплазия CIN I–III;
- Карцинома мочевого пузыря стадии Та;
- Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее), если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;
- Рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- Хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее, чем стадия III по Rai;
- Любые кожные новообразования, не упомянутые в определении;
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа;
- Сомнительные опухоли до установления заключительного диагноза по результатам гистопатологического обследования.

¹ - В соответствии с Международной классификацией TNM; Tis – Tumor in situ.

б. Инфаркт миокарда

Гибель участка сердечной мышцы в результате недостаточного кровоснабжения сопровождается всеми следующими признаками острого инфаркта. Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех нижеперечисленных симптомов:

- типичные клинические симптомы (например, характерная боль в груди);
- возникшие изменения на ЭКГ, типичные для сердечного приступа, в частности (но не ограничиваясь): изменения сегмента ST или зубца Т с характерной динамикой; формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q;
- типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови (тропонин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК).

Диагноз должен быть поставлен Врачом-кардиологом.

Не являются Инфарктом миокарда в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания/состояния:

- Инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей тропонина I или Т в крови (ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию Инфаркта миокарда).

с. Инсульт

Острое нарушение кровоснабжения головного мозга (внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, эмболия венозного происхождения), повлекшее постоянный (стойкий) неврологический дефицит. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться в течение не менее 3 (трех) месяцев и выражаться в постоянной необратимой неспособности Застрахованного лица:

- Пройти 200 метров без вспомогательных приспособлений (нарушение способности к самостоятельному передвижению или
- Принять пищу, когда она уже приготовлена и доступна (нарушение способности к самообслуживанию 2 степени) или
- Вербально общаться с окружающими без вспомогательных устройств (нарушение способности к общению 2 степени) или
- Постоянная и необратимая утрата функции, по меньшей мере, одной конечности (рука, нога). Эта утрата должна подтверждаться неврологически.

Наличие постоянных (стойких) неврологических нарушений должно быть подтверждено квалифицированным Врачом-невропатологом после возникновения Инсульта и результатами магнитно-резонансной томографии и/или компьютерной томографии, соответствующими

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

диагнозу инфаркт мозга или внутримозговое кровоизлияние.

Не являются инсультом в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания/состояния:

- церебральные расстройства, вызванные мигренью;
- церебральные расстройства вследствие травмы или гипоксии;
- сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;
- переходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, не превышающими 24 (двадцати четырех) часов), исключая приступы вертебробазилярной ишемии;
- Любые нарушение мозгового кровообращения не повлекшие постоянный неврологический дефицит, описанный в определении.

d. 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 неспособности 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 является Энцефалитом в соответствии с настоящими Полисными условиями энцефалит, развившийся на фоне ВИЧ-инфекции.

e. 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 неспособности 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 являются Бактериальным менингитом в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания/состояния:

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

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.

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых не менее 18 (восемнадцати) полных лет и не более 59 (пятидесяти девяти) полных лет на дату начала действия Договора страхования и не более 64 (шестидесяти четырех) полных лет на дату окончания действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. На страхование принимаются также Дети Страхователя, отвечающие критериям, указанным в определении «Ребенок». Страхование прекращает свое действие в отношении Детей Страхователя с даты достижения Ребенком 18 (восемнадцати) лет.

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

- 3.2.1. не являющиеся инвалидом, в том числе Ребенком-инвалидом, не имеющие направление на медико-социальную экспертизу;
- 3.2.2. не страдающие хроническим гепатитом любой природы (за исключением вирусного гепатита А); циррозом печени;
- 3.2.3. не инфицированные ВИЧ, не больные СПИДом;
- 3.2.4. не страдающие психическими заболеваниями и эпилепсией;
- 3.2.5. не страдающие и не переносившие энцефалит, менингит (данное условие применяется для Детей Страхователя);
- 3.2.6. не страдающие сахарным диабетом, туберкулезом;
- 3.2.7. не страдающие хронической почечной недостаточностью;
- 3.2.8. не переносившие злокачественные онкологические заболевания, инфаркт миокарда, инсульт;
- 3.2.9. не проходящие медицинское обследование и не имеющие показаний или рекомендаций к прохождению медицинского обследования с целью уточнения и/или установления факта наличия любого Заболевания;
- 3.2.10. не имеющие рекомендаций Врача к Лечению любого Заболевания в стационаре;

3.2.11. 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 Страхователя);

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

3.2.13. не проходящие в настоящее время службу в вооруженных силах, не являющиеся работником атомной промышленности;

3.2.14. не застрахованные по Программам страхования в рамках настоящих Полисных условия страхования жизни и на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний в ООО «СК «Райффайзен Лайф» при условии наличия действующего Договора страхования по такой Программе страхования.

3.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лица, к которому применимы п. 3.2 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.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

4. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя/Застрахованного Лица, связанные с дожитием Основного Застрахованного лица до даты окончания срока действия Договора страхования и с риском диагностирования у них смертельно опасного заболевания, предусмотренного настоящими Полисными условиями и Договором страхования.

5. СТРАХОВОЙ РИСК. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. Страховым случаем признается **«Дожитие Основного Застрахованного лица до окончания срока действия Договора»** - дожитие Основного Застрахованного лица до окончания срока действия Договора при условии отсутствия Страховых случаев в течение срока действия договора страхования в отношении любого из застрахованных по Договору страхования лиц. Договором страхования не предусмотрено право Страхователя на участие в инвестиционном доходе Страховщика.

5.2. Страховым случаем признается **«Установление наличия у Застрахованного лица Смертельно опасного заболевания впервые диагностированного в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному Лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом»** (далее – «Диагностирование СОЗ у Застрахованного Лица»).

5.2.1. Страховое событие, предусмотренное в п. 5.2 настоящих Полисных условий, признается Страховым случаем, если факт наступления и характер события подтвержден документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими организациями, бюро медико-социальной экспертизы, судом и другими) и оно наступило по истечении Периода ожидания по Договору страхования.

5.2.2. Событие, предусмотренное в п. 5.2 Полисных условий, не признается Страховым случаем, если Смертельно опасное заболевание, в результате которого оно наступило, было диагностировано у Застрахованного Лица до заключения Договора страхования или диагностировано в период действия Договора страхования, однако на момент заключения Договора страхования Застрахованное Лицо обладало признаками, указанными в п.п. 3.2.1-3.2.10 Полисных условий.

5.2.3. В отношении Страхового случая «Диагностирование СОЗ у Застрахованного Лица» установлен Период ожидания – 90 (Девяносто) календарных дней со дня вступления в силу Договора страхования в отношении Застрахованного лица.

5.3. Страховым случаем признается необходимость организации предоставления и оплаты услуг по **Второму медицинскому мнению в случае диагностирования СОЗ, предусмотренного Договором страхования** (далее – «Второе медицинское мнение»), как оно определено в настоящих Полисных условиях и Программе страхования.

5.3.1. Застрахованное лицо вправе обратиться за получением услуги Второе медицинское мнение в Сервисный центр Страховщика, с которым у Страховщика установлены договорные отношения, и сведения о котором указаны в Договоре страхования и (или) Программе страхования. Услуга Второе медицинское мнение предоставляется квалифицированными специалистами в области здравоохранения Сервисного центра Страховщика и (или) Медицинских учреждений.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.

6.1. Событие не признается страховым случаем, если наступление данного события:

6.1.1. вызвано употреблением Застрахованным Лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

6.1.2. вызвано употреблением Застрахованным Лицом алкогольсодержащих и наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным врачом;

6.1.3. произошло во время нахождения Застрахованного Лица в составе вооруженных сил любого государства;

6.1.4. произошло во время пребывания Застрахованного Лица в местах лишения свободы или предварительного заключения;

6.1.5. произошло вследствие совершения или попытки совершения

преступления Застрахованным Лицом либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Страховой выплаты по Договору страхования;

6.1.6. произошло во время или вследствие управления Застрахованным Лицом парашютом, планером, дельтапланом, либо воздушного полета Застрахованного Лица совместно с инструктором на вышеуказанных летательных аппаратах; произошло во время или вследствие участия в соревнованиях по любым видам спорта на профессиональной основе;

6.1.7. произошло вследствие или связано с получением любого травматического повреждения, вызванного любым состоянием или расстройством, кроме травматических повреждений, вызванных непосредственно СОЗ.

6.2. Не признается страховым случаем следующие события:

6.2.1. случаи обращения Застрахованного лица за страховой выплатой до даты постановки точного диагноза квалифицированным специалистом, в том числе при диагностировании Сомнительной опухоли;

6.2.2. заболевания, которые были диагностированы в период ожидания, либо симптомы которых проявились в период ожидания. 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);

6.2.3. заболевания, прямо или косвенно относящимися к ВИЧ (Вирус Иммунодефицита Человека) и/или любой болезнью, связанной с ВИЧ, включая СПИД (Синдром Приобретенного Иммунодефицита) и/или любой мутантной производной, вариациями или осложнениями данных заболеваний, заболевания, возникшие на фоне ВИЧ (в том числе саркома Капоши);

6.2.4. умственные заболевания Застрахованного Лица, вне зависимости от их классификации, психиатрических отклонений, умственной депрессии, или умственного психического расстройства (психоза);

6.2.5. заболевания и/или их симптомы, 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, злокачественное новообразование, диагностированное после вступления Договора страхования в силу, которое развились из доброкачественного новообразования, язвы, эрозии, полипа, кисты и других доброкачественных новообразований, которые были выявлены до вступления Договора страхования в силу; инфаркт миокарда, возникший на фоне ишемической болезни сердца (атеросклеротической болезни коронарных сосудов), выявленной до вступления Договора страхования в силу; геморрагический Инсульт, возникшей на фоне болезней, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, выявленным до вступления договора в силу; ишемический инсульт, на фоне выявленного до вступления договора в силу атеросклероза сосудов головы и шеи; и прочее;

6.2.6. врожденные Заболевания (включая пороки развития, выявленные внутриутробно);

6.2.7. наследственные заболевания, диагностированные у Застрахованного лица после вступления Договора страхования в силу, которые были диагностированы у близкого родственника до заключения Договора страхования. Наследственные заболевания - заболевания, имеющие причинно-следственную связь с наследственными заболеваниями у близких родственников Застрахованного Лица (мать, отец, бабушки, дедушки, кровные сестры, братья).

6.3. Указанные исключения из Страхового покрытия применяются наряду с теми исключениями, которые указаны в определениях соответствующего СОЗ.

6.4. Любое изменение объема исключений из Страхового покрытия, ограничение по размеру Страховой выплаты и иные условия Договора страхования прямо или косвенно влияющие на применение раздела 6 «Исключения из Страхового покрытия» настоящих Полисных условий в Договоре страхования, допускаются по соглашению Сторон Договора страхования в случае, если такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

7. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

7.2. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату в случае, когда Страховой случай наступил вследствие:

7.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

7.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

7.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

7.2.4. совершения умышленных действий Страхователем, Застрахованным Лицом и (или) наследником Застрахованного;

7.2.5. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

7.3.1. не уведомления 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;

7.3.2. предоставления ложных сведений и (или) документов о факте наступления и причинах наступления Страхового случая;

7.3.3. 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.

7.4. 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, отраженными в разделе 6 Полисных условий.

8. СТРАХОВАЯ СУММА

8.1. 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.

8.2. Страховая сумма для каждой из Программ страхования устанавливается Страховщиком исходя из перечня Страховых случаев, предусмотренных соответствующей Программой страхования.

8.3. Количество обращений (лимит ответственности по количеству обращений) и, соответственно, количество услуг, оказываемых в рамках Второго медицинского мнения, не ограничено, если Договором страхования не предусмотрено иное.

9. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

9.1. Страховая премия по Договору страхования определяется на основе Страховых тарифов, применяемых Страховщиком.

9.2. Размер Страховых тарифов исчисляются в зависимости от степени риска, принимаемого на страхование, порядка и срока уплаты Страховых взносов, размера установленной Страховой суммы, срока действия Договора страхования, а также с учетом расходов на ведение дела Страховщика, в том числе связанных с заключением Договора страхования.

9.3. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем в рассрочку ежегодно в рублях Российской Федерации безналичным платежом.

9.4. Страховая премия (Страховые взносы) уплачивается в сроки и в

размере, указанном в Договоре страхования.

9.5. Если иное не установлено Договором страхования, в случае уплаты Страховой премии безналичным платежом, датой уплаты Страховой премии считается дата списания денежных средств с банковского счета Страхователя для их перечисления на банковский счет Страховщика, при условии их последующего поступления на счет Страховщика.

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

9.7. Если страхователь не уплатил в срок очередной взнос, то наступает Льготный период, во время которого Договор страхования остается в силе. При ежегодной уплате страховых взносов Льготный период составляет 30 (тридцать) календарных дней, начиная с даты, следующей за установленной в Договоре страхования даты оплаты очередного страхового взноса.

10. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ

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

10.1.1. фамилия, имя, отчество;

10.1.2. дата рождения;

10.1.3. идентификационный номер налогоплательщика (при наличии)

10.1.4. гражданство;

10.1.5. паспортные данные;

10.1.6. данные миграционной карты (если применимо);

10.1.7. данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если применимо);

10.1.8. домашний адрес и телефон;

10.1.9. а также иные сведения, необходимые Страховщику и предусмотренные формой Страхового сертификата.

10.2. Договор страхования заключается письменно в форме Страхового сертификата на срок, равный 60 (шестидесяти) месяцам, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

10.3. Если иное не предусмотрено договором страхования Страхователь, подписывая Страховой сертификат, выражает свое согласие с настоящими Полисными условиями. Уплата первого Страхового взноса по Договору страхования в полном объеме является дополнительным подтверждением согласия с условиями страхования, изложенными в Страховом сертификате и настоящих Полисных условиях.

10.4. 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.

10.5. 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.

10.6. При условии оплаты первого Страхового взноса в полном объеме Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой заключения Договора страхования. Если Страховой взнос в полном объеме оплачен не был, Договор страхования в силу не вступает. При этом Страхователь имеет право воспользоваться Периодом свободного ознакомления, который составляет 16 (шестнадцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования, и отказаться от Договора страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии в полном объеме.

10.7. Все данные о Страхователе (Застрахованном лице), которые стали известны Страховщику из любого доступного официального

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

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.

10.8. 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.

10.9. 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.

10.10. 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.

10.11. 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.

10.12. 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.

10.13. 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.

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

10.15. Действие Договора страхования прекращается в случае:

10.15.1. Исполнение Страховщиком своих обязательств в полном объеме, а именно, в случае признания заявленного события Страховым случаем и осуществления Страховой выплаты. В этом случае действие Договора страхования прекращается только в отношении Застрахованного лица, которому произведена Страховая выплата, в отношении иных Застрахованных лиц Договор страхования продолжает действовать до конца оплаченного периода;

10.15.2. Истечения срока действия Договора страхования.

10.15.3. По инициативе Страхователя – в любое время в порядке,

предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.15.4. По инициативе Страховщика □ в случае неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размере, и истечении Льготного периода, при этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о причине и дате досрочного расторжения Договора страхования. Под письменным уведомлением о расторжении Договора страхования понимается отправление Страховщиком письма Почтой России, отправление электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) отправление смс (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования

10.15.5. Смерти Страхователя, являющегося одновременно Застрахованным лицом, либо если Страхователь и Застрахованное лицо – разные лица и, если иное лицо не примет на себя обязательства по оплате страховых взносов, Договор страхования продолжит свое действие в отношении остальных Застрахованных лиц до окончания текущего оплаченного периода. В случае если иное лицо примет на себя обязательства по оплате страховых взносов, Договор страхования продолжит действовать в отношении указанных в договоре Застрахованных лиц.

10.15.6. В отношении Ребенка – по достижении Ребенком возраста 18 (восемнадцати) лет.

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

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

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

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

10.16. При досрочном прекращении действия Договора, за исключением случаев расторжения, указанных в п. 10.15.8 настоящих Полисных условий, уплаченная Страховая премия возврату не подлежит, если Договором страхования не предусмотрено иное, а в случае прекращения действия договора в соответствии с пунктом 10.15.7 если иное не предусмотрено соглашением сторон.

10.17. В случае, предусмотренном в п.10.15.5. 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), наследникам Страхователя на основании их заявления, оформленного по образцу Страховщика, возвращается часть уплаченной Страховой премии, пропорциональная не истекшему периоду действия Договора страхования и за вычетом расходов Страховщика. Страховая выплата при этом не производится.

10.18. В случае отказа от Договора страхования, как предусмотрено в п. 10.15.9. настоящих Полисных условий, денежные средства, перечисленные Страхователем в счет уплаты Страховой премии, подлежат возврату Страхователю в полном объеме по письменному заявлению Страхователя.

10.19. Территория действия Договора страхования – весь мир.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

11.1. Страховщик обязан:

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

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

11.1.3. При наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признания его Страховым случаем, произвести

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

Страховую выплату в течение предусмотренного в Договоре страхования срока после получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Полисными условиями;

11.1.4. Получить согласие Страхователя на обработку, хранение и иное использование его персональных данных в форме, целях и пределах, установленных законодательством Российской Федерации (в т.ч. 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 согласии не указано иное;

11.1.5. В случае выбора телекоммуникационной сети Интернет в качестве площадки для заключения Договора страхования, обеспечить функционирование телекоммуникационной сети Интернет на собственной площадке (сайт Страховщика) либо на площадке партнера Страховщика.

11.2. Страхователь обязан:

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

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

11.2.3. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях относительно Страхователя и/или Застрахованного Лица, которые он намерен внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене своего места жительства, рода деятельности и/или места работы, своих банковских реквизитов;

11.2.4. Не позднее, чем за 30 (тридцать) дней 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;

11.2.5. Исполнять требования телекоммуникационной сети Интернет в случае ее выбора в качестве площадки для заключения Договора страхования;

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

11.3. Страховщик имеет право:

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

11.3.2. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованным Лицом) требований Договора страхования и настоящих Полисных условий;

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

11.3.4. Для принятия решения о Страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления Страхового случая, а также затребовать от Страхователя (Застрахованного Лица) или наследников Застрахованного Лица предоставления, предусмотренных Договором страхования сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая.

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

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

11.3.7. 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;

11.3.8. Принять решение об отказе в Страховой выплате, если

Страхователь (Застрахованное Лицо) предоставил заведомо ложные сведения, связанные с причиной и обстоятельствами наступления Страхового случая;

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

11.4. Страхователь (Застрахованное Лицо) имеет право:

11.4.1. Получить дубликат Договора страхования (Страхового сертификата, оферты) в случае его утраты;

11.4.2. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

11.4.3. Воспользоваться правом на применение Периода свободного ознакомления с условиями страхования;

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

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

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

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

11.4.8. На получение Страховой выплаты в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;

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

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

12. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

12.1. При наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признания его Страховым случаем Страховщик осуществляет Страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Полисных условий.

12.2. Размер Страховой выплаты равен размеру Страховой суммы. Страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо в отдельности.

12.3. При наступлении Страхового случая «Дожитие Основного Застрахованного лица до окончания срока действия Договора» Страховая выплата производится одновременно Основному Застрахованному лицу.

12.4. Для получения Страховой выплаты в случае Дожития Основного Застрахованного лица до окончания срока действия Договора, предусмотренного настоящими Полисными условиями и Договором страхования, Страховщику совместно с заявлением на Страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов заявителем должны быть представлены 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 Основного Застрахованного лица.

12.5. При наступлении Страхового случая «Диагностирование СОЗ у Застрахованного Лица» Страховая выплата осуществляется одновременно в размере Страховой суммы, установленной в Договоре страхования по соответствующему СОЗ, в следующем порядке:

12.5.1. Страховая выплата по Страховому случаю осуществляется только в отношении одного, диагностированного СОЗ, установленного Застрахованному Лицу в течение срока страхования. Страховая выплата производится в отношении СОЗ, диагностированного Застрахованному Лицу и осуществляется только по истечении установленного Договором страхования Периода ожидания. После осуществления Страховой выплаты Договор страхования продолжает действовать в отношении остальных Застрахованных лиц. В случае установления иных после

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

первого диагнозов, подпадающих под определение Смертельно опасных заболеваний, дополнительные Страховые выплаты не осуществляются.

12.5.2. Страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу, а в случае его Смерти в результате СОЗ до получения Страховой выплаты - наследникам Застрахованного Лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12.5.3. Если наследник Застрахованного Лица признаны судом виновными в смерти Застрахованного Лица, Страховая выплата производится в пользу другого наследника Застрахованного Лица, не причастного к смерти Застрахованного Лица.

12.5.4. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного Лица по доверенности, оформленной Застрахованным Лицом в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

12.5.5. Если наследником Застрахованного Лица или выгодоприобретателем выступает несовершеннолетнее лицо, либо лицо, признанное в течение срока действия Договора страхования недееспособным или ограничено дееспособным, то его интересы, связанные с получением Страховой выплаты, осуществляют его законные представители. Как только такая выплата будет осуществлена Страховщиком в размере, предусмотренном Договором страхования в отношении соответствующего Страхового случая, последний освобождается в последующем от каких-либо обязательств по осуществлению Страховых выплат в отношении Застрахованного Лица или их наследников.

12.6. При наступлении Страхового случая «Второе медицинское мнение» Страховая выплата производится безналичным перечислением на банковский счет, указанный в заявлении о выплате Страхового возмещения (компенсации Сервисных услуг, оказанных Застрахованному Лицу). Страховая выплата осуществляется Сервисному центру Страховщика в порядке возмещения расходов за оказанный Застрахованному лицу сервис.

12.7. Заявление о Страховой выплате по Договору страхования должно быть подано Страховщику не позднее 30 (тридцати) дней с даты возникновения права на получение Страховой выплаты. 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.

12.8. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента составления и подписания страхового акта, если в Договоре страхования не указан иной срок для осуществления Страховой выплаты. Страховой акт составляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты предоставления заявителем всех необходимых документов, указанных в п. 12.6 настоящих Полисных условий, а также любых иных предусмотренных Договором страхования сведений и документов, запрошенных Страховщиком в установленном законом порядке и подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая.

В случае принятия решения об отказе в Страховой выплате Страховщик обязан сообщить Застрахованному Лицу (наследникам Застрахованного Лица) письменно об отказе в Страховой выплате с указанием оснований для отказа или оснований, освобождающих Страховщика от обязанности произвести Страховую выплату, в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты представления Застрахованным Лицом или его наследником Заявления на Страховую выплату или последнего запрошенного Страховщиком документа (если Страховщик предоставил Застрахованному Лицу запрос на предоставление дополнительных документов или если документы, согласно имеющемуся в Полисных условиях и (или) Договоре страхования списку необходимых документов, были ранее предоставлены Страховщику не в полном объеме).

12.9. 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.

В случае если наследник Застрахованного Лица на момент Страховой выплаты является несовершеннолетним, причитающаяся ему сумма Страховой выплаты переводится во вклад в банке на его имя с уведомлением об этом его законных представителей.

12.10. Страховая выплата производится на банковский счет Страхователя (Застрахованного Лица) или его наследников согласно действующему законодательству Российской Федерации.

12.11. Для получения Страховой выплаты в случае Диагностирования у Застрахованного Лица СОЗ, предусмотренного настоящими Полисными условиями и Договором страхования, Страховщику совместно с заявлением на Страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов заявителем должны быть представлены 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 Страхователя и Застрахованного лица, (если страховое событие произошло с Застрахованным Ребенком – 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 наследников и простая копия паспортов 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;

д) 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;

е) окончательное медицинское свидетельство о смерти Застрахованного Лица (в случае если вскрытие Застрахованного Лица не проводилось).

12.12. 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

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (первоначальная редакция утверждена приказом №06-10/18 от 06 июля 2018 года)

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 обращений, 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.

12.13. 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.

12.14. 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.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением, при необходимости, специально созданной экспертной комиссии. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение компетентного судебного органа по месту нахождения Ответчика.

13.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, установленной действующим законодательством Российской Федерации.

14. НАЛОГИ, ПОШЛИНЫ, СБОРЫ

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

14.2. 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.