

Полисные условия смешанного страхования. Программа страхования «Целевой капитал Smart»

Утверждены приказом № 777/20 от 08.04.2020

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик — общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Райффайзен Лайф», созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страхователь — дееспособное физическое лицо, обратившееся за заключением Договора страхования или заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Полисными условиями. При этом Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные физические лица, лица без гражданства.

Застрахованное лицо — физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен и действует Договор страхования. Для целей настоящих Полисных условий Застрахованное лицо и Страхователь всегда являются одним и тем же лицом.

Выгодоприобретатель — одно или несколько физических лиц, назначенных Страхователем с согласия Застрахованного лица для получения Страховых выплат по Договору страхования.

В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь должен указать абсолютную или относительную величину Страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя.

Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в этом случае Страховая сумма выплачивается таким Выгодоприобретателям пропорционально их наследственным долям.

Годовщина действия Договора страхования — число и месяц даты начала действия Договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия Договора приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия Договора страхования считается 28 февраля, в високосные годы — 29 февраля.

Полисный год (далее также — год страхования) — отрезок периода страхования, начинающийся в дату вступления Договора страхования в силу или в каждую последующую Годовщину действия Договора страхования и действующий 1 (один) год.

Льготный период — период времени, длящийся 30 (тридцать) календарных дней и предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения Договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой) указанного взноса. При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим в дату оплаты очередного страхового взноса.

Период свободного ознакомления с условиями страхования (также — период охлаждения) — период, начинающийся с даты заключения Договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного лица и длящийся 30 (тридцать) календарных дней с указанной даты, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования с возвратом в полном объеме денежных средств, уплаченных в счет первоначального Страхового взноса, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая. Возврат денежных средств, уплаченных в счет первоначального страхового взноса,

производится Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

ВАЖНО: в период свободного ознакомления Вы можете отказаться от договора и вернуть деньги полностью. Этот период начинается с даты, которая указана в страховом сертификате.

Договор страхования — соглашение, заключенное между Страховщиком и Страхователем, согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором сумму (Страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события, а также в случае смерти Застрахованного лица (Страхового случая).

Договор страхования состоит из:

- Страхового сертификата;
- Таблицы Выкупных сумм;
- Полисных условий.

Страховой сертификат оформляется Страховщиком на основании устного заявления Страхователя, составляется в форме единого документа, подписывается обеими сторонами и закрепляет страховые правоотношения между Страховщиком и Страхователем. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается также оплатой первоначального Страхового взноса.

Страховая выплата — денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая.

Страховая сумма — определенная Договором страхования денежная сумма, устанавливаемая по каждому Страховому риску отдельно и (или) по нескольким Страховым рискам совокупно, исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (Страховых взносов) и размер Страховой выплаты при наступлении Страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

Страховое событие (риск) — предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления которого осуществляется страхование.

Страховой случай — совершившееся Страховое событие, признанное Страховщиком Страховым случаем.

ВАЖНО: если наступит событие, указанное в Сертификате, Страховщик в течение 15 календарных дней рассмотрит документы по нему и примет решение о признании или непризнании этого события Страховым случаем. После этого Вы получите Страховую выплату.

Страховая премия (взнос) — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. В целях настоящих Полисных условий Страховая премия (взнос) оплачивается в следующем порядке:

1) Первоначальный страховой взнос, оплачиваемый одновременно при заключении Договора страхования; состоит из единовременного страхового взноса

и первого последующего (регулярного) страхового взноса; размер такого взноса определяется в Договоре страхования;

2) Последующие (регулярные) страховые взносы, оплачиваемые на протяжении всего срока действия Договора страхования. Размер, порядок и периодичность оплаты таких взносов определяются Договором страхования.

Индексация — увеличение размера последующих (регулярных) страховых взносов в целях защиты от инфляции Страховой суммы, установленной по Договору страхования. Эта цель достигается ежегодным индексированием Страховой суммы и последующих (регулярных) Страховых взносов на основании предложения Страховщика и в соответствии с положениями раздела 7 настоящих Полисных условий.

Выкупная сумма — сумма, выплачиваемая Страхователю в случае досрочного расторжения Договора страхования в размере, установленном договором страхования.

ВАЖНО: обратите внимание, что Выкупные суммы указаны в Вашем договоре в Таблице выкупных сумм. Эти суммы меньше уплаченных взносов.

Каникулы — часть срока действия Договора страхования, за который Страховой взнос не подлежит оплате на условиях и в порядке, предусмотренных Полисными условиями.

Оплаченный договор — Договор страхования, который продолжает действовать без обязанности Страхователя оплачивать Страховые взносы.

Болезнь (Заболевание) — аномальное с точки зрения общепринятого медицинского стандарта физическое или душевное состояние.

Несчастный случай — внезапное кратковременное непредвиденное внешнее событие, повлекшее за собой смерть Застрахованного лица или телесное повреждение Застрахованного лица, следствием которого явилось развитие полной постоянной нетрудоспособности, соответствующей I или II группе инвалидности, установленной федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, если такое событие произошло в период действия Договора страхования независимо от воли Страхователя и (или) Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя.

Инвалидность — социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

1/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик заключает договоры страхования на основании настоящих Полисных условий смешанного страхования жизни и страхования от несчастных случаев и болезней по программе страхования «Целевой капитал Smart», утв. Приказом Страховщика № 777/20 от 08.04.2020 (далее по тексту — Полисные условия).

1.2. В соответствии с настоящими Полисными условиями и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик принимает на себя обязательство за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении Страхового случая в отношении Застрахованного лица осуществить Страховую выплату Выгодоприобретателю в пределах установленной Договором страхования Страховой суммы.

1.3. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, должны осуществляться в письменной форме, в том числе путем направления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя/Страховщика, указанному в Договоре страхования, и (или) направления СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, или иной службой обмена сообщениями. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, могут быть подписаны Страхователем как собственноручно, так и посредством простой электронной цифровой подписи.

1.4. В случае изменения адреса (места нахождения) Страховщика Страховщик имеет право уведомить Страхователя о таком изменении путем размещения соответствующей информации об изменении на своем официальном сайте

в сети Интернет и (или) путем направления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) путем направления СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) иной службой обмена сообщениями, и (или) путем публикации соответствующей информации в периодической печати/СМИ (при условии, что соответствующее издание распространяется на всей территории Российской Федерации и имеет тираж не менее 10 000 экземпляров).

1.5. Страхователь и Страховщик далее по тексту Полисных условий по отдельности именуется «Сторона», а совместно — «Стороны».

2/ ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования, по настоящим Полисным условиям, являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его дожитием до определенного возраста или срока, с причинением вреда его жизни и здоровью, а также со смертью Застрахованного лица.

3/ СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых на дату начала действия Договора страхования не менее 18 (восемнадцати) лет и не более 70 (семидесяти) полных лет, при этом максимальный возраст на момент окончания действия Договора страхования не может превышать 80 (восемидесяти) полных лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

3.2. Договор страхования не может быть заключен в отношении следующих лиц:

3.2.1. возраст которых меньше или больше предельных показателей возраста, указанного в п. 3.1 настоящих Полисных условий;

3.2.2. состояние здоровья которых не соответствует условиям приема на страхование, изложенным в Договоре страхования;

3.2.3. имеющих и (или) занятых в опасных профессиях, либо имеющих опасные хобби, перечисленные в Договоре страхования;

3.2.4. больных СПИДом или ВИЧ-инфицированных;

3.2.5. инвалидов любой группы.

3.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении такого лица и при этом Страхователем и (или) Застрахованным лицом была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья и иных обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

ВАЖНО: если при заключении Договора страхования Вы сообщили ложную информацию, то это может стать основанием для отказа в страховой выплате.

4/ СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. По настоящим Полисным условиям, Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие в период действия Договора страхования и не являющиеся исключениями в соответствии с разделом 5 настоящих Полисных условий:

4.1.1. «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования»;

4.1.2. «Смерть Застрахованного лица в результате болезни (с возвратом уплаченных на дату Страхового случая Страховых взносов)»;

4.1.3. «Инвалидность Застрахованного лица I или II группы в результате болезни (с возвратом уплаченных на дату Страхового случая Страховых взносов)»;

4.1.4. «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»;

4.1.5. «Инвалидность Застрахованного лица I группы в результате несчастного случая».

ВАЖНО: инвалидность застрахованного лица II группы в результате несчастного случая в перечень Страховых рисков не входит. Это означает, что при наступлении инвалидности застрахованного лица II группы страховая выплата не производится, но договор страхования продолжит действовать при условии дальнейшей оплаты страховых взносов.

5/ ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. Договор страхования является ничтожным, если в момент заключения Договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, уже произошло, или точно установлено или может быть точно установлено, что оно произойдет в скором будущем. В таком случае вся уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страхователю.

5.2. События, указанные в пп. 4.1.2–4.1.5 настоящих Полисных условий, не признаются Страховыми случаями, если такое событие:

5.2.1. произошло в результате или было вызвано умственным или физическим заболеванием, или отклонением (дефектом), которым болело, по поводу которого консультировалось или получало медицинскую помощь Застрахованное лицо до заключения Договора страхования;

5.2.2. вызвано наличием СПИДа у Застрахованного лица, за исключением случаев заражения в медицинских или иных лечебных учреждениях в результате халатности или ошибки медицинского персонала в период действия Договора страхования;

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

5.2.4. произошло вследствие алкогольного опьянения или отравления Застрахованного лица либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного лица в результате потребления им наркотических, токсических или сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача;

5.2.5. произошло вследствие управления Застрахованным лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное лицо не имело 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;

5.2.6. произошло вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством любой категории лицу, не имеющему права на управление таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца), либо лицу, находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

5.2.7. вызвано использованием Застрахованным лицом летательных аппаратов в качестве пассажира, члена экипажа, тренера, пилота, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо осуществляло перелет в качестве пассажира регулярного или чартерного рейса гражданской или военной авиации;

5.2.8. произошло вследствие занятия Застрахованным лицом любым опасным видом спорта, к которым относятся: авто- и мотоспорт, гонки на гидроциклах, парашютный спорт, дельтапланеризм, иные воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба, бокс, конный спорт, плавание с аквалангом, рафтинг, спелеология, охота, экстремальные виды спорта (например, зорбинг, ямакаси, вне трассовые горные лыжи, паркур и др.);

5.2.9. произошло вследствие исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей по следующим профессиям: ныряльщики, водолазы; проводники в горах, саперы, минеры, подрывники; телохранители, сотрудники охранных агентств; каскадеры; сотрудники полицейских подразделений, подразделений специального назначения, МВД, МЧС, военнослужащие, работники морского или воздушного транспорта; лица, чья профессиональная деятельность связана с работой под землей, под водой или на высоте;

5.2.10. вызвано психическими заболеваниями или любыми умственными, или нервными расстройствами, включая депрессии любого рода;

5.2.11. вызвано беременностью, абортom или их осложнениями;

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

5.3. В дополнение к исключениям, указанным в пункте 5.2, Несчастливым случаем не признается и страховая выплата не будет произведена в случае:

5.3.1. любых заболеваний, в том числе инфекционных и профессиональных;

5.3.2. аллергических или инфекционных поражений кожи вследствие механических воздействий, таких как расчесы, срезание мозолей или иных кожных разрастаний;

5.3.3. анафилактического шока, за исключением случаев, когда он явился следствием лечения последствий Несчастливого случая, произошедшего в период действия Договора страхования;

5.3.4. наличия межпозвоночной грыжи, любого типа люмбалгий или ишиаса вследствие механических сдвигов или сдавления позвонков, или околопозвоночных структур, крестцовых болей, болей в области копчика, заболеваний мышц, связок и суставов, за исключением случаев, когда заболевание явилось следствием Несчастливого случая, произошедшего в период действия Договора страхования;

5.3.5. отслойки сетчатки, за исключением случаев, когда она явилась следствием механического повреждения здорового глаза в результате Несчастливого случая, произошедшего в период действия Договора страхования, что подтверждается заключением врача-офтальмолога;

5.3.6. последствий консервативного или оперативного лечения любых заболеваний или состояний (врачебные ошибки, доказанные в судебном порядке согласно действующему законодательству Российской Федерации), за исключением случаев, когда эти последствия явились результатом лечения телесных повреждений в результате Несчастливого случая, произошедшего в период действия Договора страхования;

5.3.7. патологического перелома или патологического эпифизеолиза как следствия патологических изменений костей в результате заболевания (туберкулез, опухоль и т. д.);

5.3.8. заболеваний центральной или периферической нервной системы, костно-мышечной системы, системных заболеваний соединительной ткани, болезней крови, эндокринных заболеваний.

5.4. В Договоре страхования стороны могут предусмотреть и иные, дополнительные исключения.

5.5. Для Страховых случаев «Смерть Застрахованного лица в результате болезни» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» факт отсутствия трупа или невозможности его объективного опознания отменяет само событие, кроме случаев признания Застрахованного лица умершим. Признание Застрахованного лица безвестно отсутствующим не является Страховым случаем вне зависимости от истекшего срока.

ВАЖНО: признание гражданина безвестно отсутствующим, умершим происходит по решению суда на основании ст. 42, 45 Гражданского кодекса Российской Федерации.

5.6. События по Страховым рискам «Инвалидность Застрахованного лица I или II группы в результате болезни» и «Инвалидность Застрахованного лица I группы в результате несчастного случая» не являются Страховыми случаями, если в отношении Застрахованного лица на момент заключения Договора страхования была установлена инвалидность любой группы.

6/ ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ОБЯЗАННОСТИ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

6.1. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату, когда Страховой случай наступил вследствие:

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

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

6.1.3. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

6.1.4. умысла Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя;

6.1.5. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица в течение первых 2 (двух) лет действия Договора страхования;

6.1.6. совершения или попытки совершения преступления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Страховой выплаты по Договору страхования.

6.2. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату, если Страховое событие не было признано Страховым случаем.

7/ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (ВЗНОСЫ). ИНДЕКСАЦИЯ

7.1. Страховая премия (взносы) по Договору страхования определяется на основе Страховой суммы и страховых тарифов, которые, в том числе, зависят от срока действия Договора страхования, порядка и срока уплаты Страховых взносов.

7.2. Порядок оплаты Страховой премии (взносов) указывается в Договоре страхования. Оплата Страховой премии (взносов) в срок и в объеме, установленном в Договоре страхования, является безусловной обязанностью Страхователя. Изменение размера или периодичности оплаты Страховой премии (Страхового взноса) возможно по согласованию Сторон с 3-го (третьего) Полисного года (то есть первый Страховой взнос третьего Полисного года может быть оплачен в измененном размере по соглашению Сторон).

ВАЖНО: страховой взнос должен быть уплачен не позднее даты, указанной в страховом сертификате.

7.3. Если Страхователь в срок не уплатил очередной Страховой взнос, то, начиная с даты, следующей за установленной в Договоре страхования датой оплаты очередного Страхового взноса, наступает Льготный период, во время которого Договор страхования действует.

7.3.1. Страхователь обязан до истечения льготного периода без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика уплатить задолженность по оплате Страхового взноса для сохранения Договора страхования в силе, в противном случае действие Договора страхования прекращается в соответствии с п. 9.1.2 Полисных условий с даты, следующей за датой окончания последнего оплаченного периода.

7.3.2. При наступлении Страхового случая в течение Льготного периода размер Страховой выплаты, определяемый в соответствии с условиями Договора страхования, уменьшается на сумму непогашенной задолженности по уплате очередного Страхового взноса.

7.4. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору, в том числе обязанностей по оплате Страховой премии (Страховых взносов), если только Договором страхования не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор страхования.

7.5. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, возложенные на Страхователя, но не исполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о выплате Страховой суммы по Договору страхования. Риск последствий неисполнения или несвоевременного исполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

7.6. Оплату Страховой премии (Страховых взносов) по Договору страхования вправе осуществлять иные лица, нежели Страхователь и (или) Выгодоприобретатель, уполномоченные Страхователем и действующие от его имени. При этом Страхователь обязан предоставить Страховщику надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие то, что денежные средства, поступившие Страховщику от третьих лиц, являются поступлением в счет оплаты Страховой премии (Страховых взносов) по соответствующему Договору страхования.

ВАЖНО: при оплате страховых взносов третьими лицами страховщик как налоговый агент обязан будет удержать с них НДФЛ (13%) и получившуюся сумму вычесть из размера выплачиваемой выкупной суммы или страховой выплаты. При этом такое условие не распространяется на платежи, внесенные ближайшими родственниками (родители, супруги, сестры, братья, дети).

7.7. Индексация Страховой суммы и Страхового взноса проводится путем акцепта Страхователем оферты Страховщика об индексации. При этом с целью индексации Договора страхования за два месяца до окончания текущего года действия Договора страхования Страховщик адресует Страхователю оферту в письменной форме путем направления Страхователю по адресу электронной почты или по адресу фактического проживания, сообщенному Страхователем

при заключении Договора страхования. Указанная оферта содержит размер увеличенного Страхового взноса, размер увеличенной Страховой суммы, размер Выкупных сумм, а также иные условия индексации. Уплата увеличенного (проиндексированного) Страхового взноса по Договору страхования в полном объеме и не позднее окончания Льготного периода, установленного Договором страхования, является подтверждением согласия (акцептом) Страхователя с условиями индексации Договора страхования, изложенными в оферте. Подтверждением согласия (акцептом) Страхователя с условиями индексации также может являться подписание предложенных условий простой электронной цифровой подписью.

7.8. Страховщик оставляет за собой право не предлагать и (или) прекратить индексацию одного или всех Договоров страхования, принадлежащих к одной программе страхования, или снизить размер индексации путем направления письменного уведомления и дополнительного соглашения Страхователю за два месяца до окончания текущего года действия Договора страхования.

7.9. Страхователь вправе отказаться от индексации Страховых взносов на очередной год действия Договора страхования и уплатить очередной Страховой взнос без учета индексации.

7.10. Если Страховой случай произойдет в течение Льготного периода до уплаты Страхователем Страхового взноса с учетом индексации, Страховщик осуществит Страховую выплату исходя из Страховой суммы, которая была установлена в предыдущем году действия Договора страхования.

7.11. Действие положений об индексации прекращается автоматически в случае:

7.11.1. истечения срока действия Договора страхования;

7.11.2. расторжения Договора страхования;

7.11.3. перевода Договора страхования в Оплаченный договор.

8/ ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

8.1.1. фамилия, имя, отчество;

8.1.2. дата рождения;

8.1.3. идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);

8.1.4. гражданство;

8.1.5. паспортные данные;

8.1.6. данные миграционной карты (если применимо);

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

8.1.8. домашний адрес, телефон и адрес электронной почты;

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

8.2. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем заключения Договора страхования (оформления Страхового сертификата), при условии оплаты первоначального Страхового взноса в полном объеме, и действует до дня, указанного как день окончания действия Договора страхования.

8.3. Срок действия Договора страхования устанавливается соглашением сторон и указывается в Договоре страхования. Срок действия Договора страхования может составлять 5 (пять), 6 (шесть) или 7 (семь) лет, если иное не предусмотрено Договором страхования. Указанный срок действия Договора страхования не может быть сокращен.

8.4. Срок действия Договора страхования должен быть определен так, чтобы возраст Застрахованного лица на момент окончания Договора страхования не превышал границу максимального возраста, оговоренную в настоящих Полисных условиях.

8.5. По Договору страхования Страхователь вправе назначить физическое лицо в качестве получателя Страховой выплаты — Выгодоприобретателя — и впоследствии заменять его другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Страховщик не несет ответственности за Страховую выплату, осуществленную до получения им заявления о замене Выгодоприобретателя.

При этом Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование об осуществлении Страховой выплаты (заявление).

8.6. В случае если в течение срока действия Договора страхования Выгодоприобретатель ушел из жизни, Страхователь может назначить другого Выгодоприобретателя в порядке, предусмотренном действующим законодательством, а также расторгнуть Договор страхования. В случае расторжения Договора страхования в соответствии с настоящим пунктом Полисных условий Страховщик выплачивает Страхователю Выкупную сумму.

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

8.8. Договор страхования может содержать иные, чем в настоящих Полисных условиях, положения, определяемые по соглашению сторон в той мере и в том содержании, которые не противоречат законодательству Российской Федерации.

9/ ПРЕКРАЩЕНИЕ (РАСТОРЖЕНИЕ) ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Действие Договора страхования прекращается в связи с окончанием срока действия Договора страхования или по иным основаниям, предусмотренным Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации, в том числе по следующим основаниям:

9.1.1. Исполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме — осуществление Страховой выплаты в размере установленной по Договору страхования Страховой суммы.

9.1.2. По инициативе Страховщика — в течение первого и второго Полисного года в случае неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размере либо в случае нарушения Страхователем иных обязанностей, предусмотренных настоящими Полисными условиями. При этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о причине и дате досрочного расторжения Договора страхования. Под письменным уведомлением о расторжении Договора страхования понимается направление Страховщиком письма Почтой России, направление электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) направление СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, или с использованием иной службы обмена сообщениями. В этом случае датой расторжения Договора страхования является дата, следующая за предусмотренной Договором страхования датой оплаты просроченного Страхового взноса.

9.1.3. По соглашению Сторон.

9.1.4. По инициативе Страхователя, при этом Договор страхования прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя на расторжение Договора страхования, но не ранее даты получения Страховщиком такого заявления.

9.1.5. Если возможность наступления Страхового случая отпала и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай, в том числе в связи со смертью Страхователя, являющегося Застрахованным лицом, по причинам, перечисленным в п. 5.2 Полисных условий.

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

9.2. В случае досрочного расторжения Договора страхования (за исключением случаев отказа от Договора страхования в Период свободного ознакомления) Страховщик в соответствии с действующим налоговым законодательством удерживает сумму применимого налога на доходы физических лиц (НДФЛ), подлежащую удержанию при выплате Выкупных сумм, если Страхователь своевременно не представит справку из налогового органа, подтверждающую неполучение социального налогового вычета, и (или) если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

9.3. Действие Договора страхования, расторгнутого по инициативе Страховщика в соответствии с п. 9.1.2 Полисных условий, может быть восстановлено

по заявлению Страхователя при следующих условиях:

9.3.1. согласие со стороны Страховщика на такое восстановление;

9.3.2. с момента расторжения Договора страхования прошло не более 6 (шести) месяцев.

9.4. Для восстановления действия Договора страхования Страхователю необходимо направить Страховщику соответствующее заявление на восстановление Договора страхования и оплатить восстановительный страховой взнос в размере полной задолженности по оплате страховых взносов на дату написания заявления на восстановление в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты подачи заявления на восстановление.

9.5. В случае если после расторжения Договора страхования прошло более 90 (девяноста) дней, Страховщик проводит опрос или анкетирование Застрахованного лица о состоянии его здоровья, по результатам которого принимает решение о возможности восстановления Договора страхования на его первоначальных условиях.

9.6. Договор страхования считается восстановленным с даты восстановления Договора страхования, указанной в уведомлении о принятом решении о восстановлении Договора страхования, которое Страховщик направляет Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения о восстановлении Договора страхования и при условии уплаты Страхователем восстановительного страхового взноса. За период с даты расторжения Договора страхования до даты его восстановления дополнительный инвестиционный доход не начисляется.

10/ ВЫКУПНАЯ СУММА

10.1. Выкупная сумма — это сумма, выплачиваемая Страхователю в случае расторжения Договора страхования в размере, установленном Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

ВАЖНО: право на выкупную сумму сохраняется в случае, если уход из жизни Застрахованного лица не является страховым случаем по условиям Договора страхования.

10.2. Страховщик выплачивает Выкупную сумму согласно таблице Выкупных сумм, являющейся приложением к Страховому сертификату, скорректированную с учетом п. 10.4 Полисных условий.

10.3. Выкупная сумма выплачивается:

10.3.1. Страхователю;

10.3.2. наследникам Страхователя в случае его смерти, если смерть не является страховым случаем.

10.4. Выкупная сумма подлежит выплате в размере, указанном в Договоре страхования на год страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, а в случае если по Договору страхования в году страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, уплачены не все Страховые взносы, то Выкупная сумма определяется как:

а) если расторжение происходит в течение первого года действия Договора страхования — в размере Выкупной суммы в размере, указанном в Договоре страхования на первый год страхования, уменьшенном на суммарную величину Страховых взносов, не уплаченных за первый год страхования;

б) если расторжение происходит в течение второго или последующих лет действия Договора страхования сумма двух величин:

— Выкупной суммы в размере, указанном в Договоре страхования на год страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, умноженной на количество Страховых взносов, уплаченных за год страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, и деленной на количество Страховых взносов, уплачиваемых в течение одного Полисного года в соответствии с периодичностью, и

— Выкупной суммы в размере, указанном в Договоре страхования на год страхования, предшествующий году страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, умноженной на количество Страховых взносов, не уплаченных за год страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, и деленной на количество Страховых взносов, уплачиваемых ежегодно в соответствии с периодичностью.

Решение о выплате Выкупной суммы Страховщик принимает в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения заявления на выплату Выкупной суммы.

10.5. В случае положительного решения о выплате Выкупной суммы Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения производит выплату Выкупной суммы Страхователю на банковские реквизиты, указанные в заявлении Страхователя на выплату Выкупной суммы.

10.6. В случае отрицательного решения о выплате Выкупной суммы Страховщик направляет Страхователю мотивированный отказ в выплате Выкупной суммы в течение 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения.

10.7. В случае расторжения Договора страхования по соглашению Сторон Страховщик направляет Страхователю соглашение о расторжении Договора страхования. Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения указанного соглашения направить Страховщику подписанный экземпляр соглашения с указанными банковскими реквизитами. Выплата Выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком от Страхователя подписанного соглашения с указанными банковскими реквизитами.

11/ УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1. По Страховому событию (рisku) «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования» Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере 100% от Страховой суммы, установленной по данному риску, в виде единовременной выплаты. После осуществления Страховой выплаты действие Договора страхования прекращается. В дополнение к Страховой сумме, установленной по данному риску, выплачивается начисленный Дополнительный инвестиционный доход.

11.2. По Страховому событию (рisku) «Смерть Застрахованного лица в результате болезни» Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере суммы уплаченных Страхователем на дату наступления Страхового случая по Договору Страхования Страховых взносов, за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации. После осуществления Страховой выплаты действие Договора страхования прекращается. В дополнение к Страховой сумме, установленной по данному риску, выплачивается начисленный Дополнительный инвестиционный доход.

11.3. По Страховому событию (рisku) «Недееспособность Застрахованного лица I или II группы в результате болезни» Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере суммы уплаченных Страхователем на дату наступления Страхового случая по Договору Страхования Страховых взносов, за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации. После осуществления Страховой выплаты действие Договора страхования прекращается. В дополнение к Страховой сумме, установленной по данному риску, выплачивается начисленный Дополнительный инвестиционный доход.

11.4. По Страховому событию (рisku) «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере 100% от Страховой суммы, установленной по данному риску, за вычетом всех задолженностей Страхователя по Договору страхования, в том числе сумм Страховых взносов, не уплаченных своевременно или уплаченных в неполном объеме, как это предусмотрено Договором страхования (при наступлении Страхового случая). После осуществления Страховой выплаты действие Договора страхования прекращается. В дополнение к Страховой сумме, установленной по данному риску, выплачивается начисленный Дополнительный инвестиционный доход.

11.5. По Страховому событию (рisku) «Недееспособность Застрахованного лица I группы в результате несчастного случая» Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере 100 % от Страховой суммы, установленной по данному риску, за вычетом всех задолженностей Страхователя по Договору страхования, в том числе сумм Страховых взносов, не уплаченных своевременно или уплаченных в неполном объеме, как это предусмотрено Договором страхования (при наступлении Страхового случая). После осуществления Страховой выплаты действие Договора страхования прекращается. В дополнение к Страховой сумме, установленной по данному риску, выплачивается начисленный Дополнительный инвестиционный доход.

11.6. Если в какой-либо момент после осуществления Страховой выплаты по Страховым событиям (рискам) «Смерть Застрахованного лица в результате

болезни» и/или «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» выяснится, что Застрахованное лицо живо, все неосновательно приобретенные Страховые выплаты должны быть полностью возмещены Страховщику.

11.7. Страховая выплата в случае, если по Договору страхования вводились в действие Каникулы, осуществляется в размере Страховой суммы, установленной в соответствии с уведомлением о введении Каникул, за вычетом суммы взносов, которые не оплачивались в период действия Каникул.

12/ ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. Общий порядок Страховой выплаты.

12.1.1. При наступлении Страхового случая Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) обязан известить Страховщика о наступлении Страхового случая в течение 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении Страхового случая, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения и представить Страховщику необходимые документы. Направление Страховщику уведомления по истечении 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении Страхового случая, может повлечь отказ в Страховой выплате в той мере, в какой нарушение таких сроков повлияло на обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

12.1.2. Для решения вопроса о признании Страхового случая и Страховой выплате Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) обязан направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошел Страховой случай, даты, места и обстоятельств наступления Страхового случая с указанием всех необходимых реквизитов, а также представить документы, указанные в п. 12.2 настоящих Полисных условий.

12.1.3. Страховая выплата производится в течение 3 (трех) рабочих дней с даты вынесения Страховщиком решения о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты. Решение о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с даты представления всех необходимых документов, что оформляется страховым актом.

12.1.4. В случае вынесения решения об отказе в признании Страхового случая или в осуществлении Страховой выплаты Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с даты вынесения такого решения направляет письменный отказ в признании Страхового случая или в осуществлении Страховой выплаты с обоснованием причин отказа. Решение об отказе в признании Страхового случая или в осуществлении Страховой выплаты Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с даты представления всех необходимых документов. Отказ в признании Страхового случая, осуществлении Страховой выплаты может быть обжалован в суде в течение срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации.

12.1.5. Принятие решения о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением Страхового случая, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо до устранения других обстоятельств, объективно препятствовавших выплате. При этом Страховщик направляет Страхователю (Выгодоприобретателю) уведомительное письмо с указанием причины и срока отсрочки в принятии решения о Страховой выплате.

12.1.6. Страховая выплата осуществляется в виде единовременной выплаты, если иное не согласовано Страховщиком и Страхователем в дополнительном соглашении к Договору страхования не позднее, чем за год до окончания срока действия Договора страхования.

12.1.7. Страховая выплата производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию Сторон.

12.1.8. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний, то страховая выплата переводится на его банковский счет с уведомлением его законных представителей или на банковский счет одного из его законных представителей.

12.2. Все заявления на Страховую выплату должны быть представлены в письменной форме. 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. К заявлению на Страховую выплату установленного Страховщиком образца должны прилагаться документы в соответствии со списками:

12.2.1. Список документов, необходимых Страховщику для принятия решения о признании события Страховым случаем по риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования»:

12.2.1.1. подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика от каждого Выгодоприобретателя с указанными в нем банковскими реквизитами;

12.2.1.2. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (копия);

12.2.1.3. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица (копия).

12.2.2. Список документов, необходимых Страховщику для принятия решения о признании события Страховым случаем по риску «Смерть Застрахованного лица в результате болезни» или «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»:

12.2.2.1. подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика от каждого Выгодоприобретателя с указанными в нем банковскими реквизитами;

12.2.2.2. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, указанного в Страховом сертификате, или наследника (если в Страховом сертификате не указан Выгодоприобретатель) (копия);

12.2.2.3. для наследника Застрахованного лица (если в Страховом сертификате не указан Выгодоприобретатель) — свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом в связи со смертью Застрахованного лица (копия, заверенная нотариально);

12.2.2.4. свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально);

12.2.2.5. справка о смерти (копия, заверенная нотариально);

12.2.2.6. официальные медицинские заключения и выписки из медицинской документации, содержащие точный диагноз и описывающие причину смерти (медицинское свидетельство о смерти, посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского исследования), выписка из истории болезни, амбулаторная карта или выписка из амбулаторной карты (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением или нотариально).

12.2.2.7. Если смерть произошла в результате Несчастного случая, дополнительно предоставляются:

12.2.2.7.1. протокол правоохранительных органов по факту несчастного случая в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

12.2.2.7.2. документы, оформленные органами ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

12.2.2.7.3. постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенные в установленном законом порядке в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

12.2.2.7.4. детальное описание обстоятельств несчастного случая, имени, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей — в приложении к заявлению о Страховой выплате.

12.2.3. Список документов, необходимых Страховщику для принятия решения о признании события Страховым случаем по риску «Инвалидность Застрахованного лица I или II группы в результате болезни» или «Инвалидность Застрахованного лица I группы в результате несчастного случая»:

12.2.3.1. подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика от каждого Выгодоприобретателя с указанными в нем банковскими реквизитами;

12.2.3.2. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (копия);

12.2.3.3. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица (копия);

12.2.3.4. справка об инвалидности (копия, заверенная нотариально или сотруд-

ником Страховщика) и (или) заключение бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении группы инвалидности (копия, заверенная нотариально);

12.2.3.5. выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы о результатах обследования и установлении группы инвалидности (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением);

12.2.3.6. медицинское направление на проведение медико-социальной экспертизы (копия, заверенная выдавшим учреждением);

12.2.3.7. официальные медицинские документы, описывающие заболевания или повреждения, приведшие к установлению инвалидности, и содержащие диагнозы (выписка из истории болезни, эпикриз, амбулаторная медицинская карта или выписка из амбулаторной карты) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

если инвалидность наступила в результате несчастного случая, дополнительно предоставляются:

12.2.3.8. протокол правоохранительных органов по факту несчастного случая в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

12.2.3.9. документы, оформленные органами ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

12.2.3.10. постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенные в установленном законом порядке в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

12.2.3.11. детальное описание обстоятельств несчастного случая, имени, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей — в заявлении о Страховой выплате.

12.3. Для принятия решения о признании события Страховым случаем и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Инвалидность Застрахованного лица I или II группы в результате болезни» или «Инвалидность Застрахованного лица I группы в результате несчастного случая» Страховщик вправе за свой счет направить Страхователя, являющегося Застрахованным лицом, на медицинское обследование в определяемом Страховщиком объеме, а также использовать полученные данные о состоянии здоровья Страхователя, являющегося Застрахованным лицом, для проведения независимой медицинской экспертизы. Заключая Договор страхования, Страхователь тем самым подтверждает свое согласие с прохождением указанного в настоящем пункте медицинского обследования, а также с тем, что в случае если результаты независимой медицинской экспертизы будут отличаться от результатов заключения МСЭ, Страховщик вправе обратиться в суд с требованием о признании результатов заключения МСЭ недействительными.

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

Любой иной специальный 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, в том числе на этапе урегулирования заявленного требования о Страховой выплате.

13/ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

13.1. Страховщик обязан:

13.1.1. ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования, по запросу Страхователя или Застрахованного лица — разъяснить отдельные их положения;

13.1.2. 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;

13.1.3. при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в установленный Договором страхования срок;

13.1.4. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице и их имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации;

13.1.5. не разглашать медицинскую информацию, полученную в связи с заключением или исполнением Договора страхования, за исключением случаев, когда возникает необходимость передачи перестраховщику или другому страховщику медицинских данных по Застрахованному лицу для оценки степени риска и для оформления договора перестрахования, сострахования и т. д. (передача данных о Застрахованном лице допускается только в той мере, в какой это необходимо для оформления договора перестрахования/сострахования или обоснования Страховой выплаты и с согласия субъекта таких данных в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации).

13.2. Страхователь обязан:

13.2.1. уплачивать Страховую премию (Страховые взносы) в размере и сроки, установленные Договором страхования;

13.2.2. уведомить Страховщика о наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, в течение 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении такого события, и представить Страховщику необходимые документы согласно п. 12.2 настоящих Полисных условий;

13.2.3. ежегодно обновлять информацию о Страхователе (Выгодоприобретателе, Застрахованном лице) путем заполнения и направления в адрес Страховщика заявления об изменении данных по форме, размещенной на сайте Страховщика в сети Интернет (заявление об изменении данных не заполняется, если за прошедший Полисный год данные о Страхователе, Выгодоприобретателе, Застрахованном лице не изменились);

13.2.4. по требованию и за счет Страховщика пройти медицинское обследование.

13.3. Страхователь имеет право:

13.3.1. проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора страхования;

13.3.2. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (поверенному), при участии которого осуществляется заключение Договора страхования;

13.3.3. получить дубликат Страхового сертификата в случае его утраты;

13.3.4. получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной;

13.3.5. досрочно расторгнуть Договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика;

13.3.6. осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

13.4. Страховщик имеет право:

13.4.1. проверять сообщаемую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем своих обязанностей по Договору страхования в той мере, в которой это не противоречит законодательству Российской Федерации;

13.4.2. по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в связи с изменениями в законодательстве Российской Федерации, которые прямо или косвенно влияют на объем обязательств Страховщика или Страхователя;

13.4.3. отсрочить решение вопроса о признании события Страховым случаем и осуществлении Страховой выплаты до момента принятия соответствующего решения компетентными органами в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления событий, указанных в пп. 4.1.2–4.1.5 Полисных условий;

13.4.4. требовать от Застрахованного лица прохождения медицинского обследования;

13.4.5. использовать для направления уведомлений, заявлений, других документов, как необходимых для урегулирования Страхового случая, так и носящих информативный характер, но имеющих значение для заключенного Договора страхования, по своему выбору одним из способов отправки: на бумажном носителе через Почту России, путем отправления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя/Страховщика, указанному в Договоре страхования, и (или) отправления СМС (текстового сообщения)

по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, или иной службой обмена сообщениями;

13.4.6. осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

14/ УЧАСТИЕ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА

14.1. В соответствии с условиями Договора страхования, включая также условия о Выкупной сумме, Страховщик вправе начислять дополнительный инвестиционный доход по Договору страхования.

14.2. Порядок начисления и выплаты инвестиционного дохода:

14.2.1. дополнительный инвестиционный доход начисляется в конце каждого календарного года, пропорционально количеству дней, в течение которых Договор страхования действовал в соответствующем календарном году;

14.2.2. ставка участия в инвестиционном доходе определяется Страховщиком по итогам календарного года не позднее 31 мая года, следующего за годом начисления, в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика.

14.3. Дополнительный инвестиционный доход за расчетный период рассчитывается из двух составляющих:

14.3.1. на базе математического резерва на начало календарного года, за который производится расчет дополнительного инвестиционного дохода, путем умножения математического резерва на разницу ставки участия в инвестиционном доходе и ставки гарантированной доходности по Договору страхования; также учитывается доля действия договора страхования в течение календарного года, за который производится начисление дополнительного инвестиционного дохода;

14.3.2. на базе накопленного дополнительного инвестиционного дохода на начало календарного года, за который производится расчет дополнительного инвестиционного дохода, путем умножения дополнительного инвестиционного дохода на начало календарного года на ставку участия в инвестиционном доходе.

14.4. При досрочном прекращении (расторжении) Договора страхования Страховщик не производит начисление дополнительного инвестиционного дохода за календарный год, окончившийся после даты досрочного прекращения, и не производит начисление дополнительного инвестиционного дохода, если на дату досрочного прекращения Договора страхования фактическая инвестиционная доходность за календарный год, предшествующий дате досрочного прекращения, не была объявлена.

14.5. Дополнительный инвестиционный доход для целей определения размера Страховой выплаты рассчитывается по состоянию на дату окончания срока страхования.

14.6. Дополнительный инвестиционный доход для целей расчета Выкупной суммы определяется Страховщиком в размере по состоянию на дату досрочного прекращения Договора.

15/ ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЯ УСЛОВИЙ О КАНИКУЛАХ

15.1. Каникулы по Договору страхования вводятся решением Страховщика, принимаемым на основании заявления Страхователя (устного или письменного, в том числе поданного путем отправления электронного сообщения по адресу электронной почты Страховщика), в случае неуплаты очередного Страхового взноса в срок, установленный Договором страхования.

15.2. Каникулы вводятся на срок 6 (шесть) месяцев, начинающийся с даты, указанной в Договоре страхования как дата оплаты очередного Страхового взноса и до которой должен был быть оплачен просроченный Страховой взнос (без учета Льготного периода). Указанный срок Каникул не может быть сокращен или прерван.

15.3. Введение Каникул по Договору страхования возможно только строго после второй Годовщины действия Договора страхования, при условии полной оплаты Страховых взносов за первый и второй Полисные годы, и не более двух раз за срок действия Договора страхования. При этом с момента окончания первых Каникул до введения вторых Каникул должно пройти не менее 6 (шести) месяцев.

15.4. Решение о введении Каникул принимается Страховщиком в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения заявления Страхователя (в соответствии с п. 15.1 Полисных условий).

15.5. Подтверждением начала периода действия Каникул является письменное уведомление, направляемое Страхователю Страховщиком в течение 7 (семи) рабочих дней с даты принятия соответствующего решения одним из способов, предусмотренных Полисными условиями.

15.6. В уведомлении Страховщиком указываются новые значения Страховой суммы и Выкупной суммы по Договору страхования.

15.7. В случае введения Каникул условия о расторжении Договора страхования и об Оплаченном договоре не применяются к Договору страхования до истечения срока Каникул.

15.8. Если в течение Каникул по Договору страхования поступают Страховые взносы, условия о Каникулах продолжают действовать, а поступившие Страховые взносы учитываются Страховщиком как Страховые взносы за будущие периоды (по истечении Каникул).

16/ ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЯ УСЛОВИЙ ОБ ОПЛАЧЕННОМ ДОГОВОРЕ

16.1. Договор страхования может быть переведен/переводится в Оплаченный договор в следующих случаях:

16.1.1. по инициативе Страхователя и на основании его письменного заявления при условии своевременной оплаты Страховых взносов по Договору страхования, в порядке и на условиях, предусмотренных в соответствующем дополнительном соглашении, подписанном обеими Сторонами Договора страхования;

16.1.2. автоматически, начиная с третьего Полисного года, в случае неоплаты очередного Страхового взноса по Договору страхования до истечения льготного периода; Договор страхования переводится в Оплаченный договор с даты, следующей за установленной в Договоре страхования датой оплаты очередного Страхового взноса, оплата которого просрочена, на основании настоящего пункта Полисных условий.

16.2. Порядок определения Страховой суммы при переводе Договора страхования в Оплаченный договор:

16.2.1. При переводе Договора страхования в Оплаченный договор Страховая сумма после перевода Договора страхования в Оплаченный договор определяется как Выкупная сумма текущего Полисного года (Полисный год, за который уплачен последний Страховой взнос) в соответствии с таблицей Выкупных сумм, приведенной в приложении к Страховому сертификату, умноженная на коэффициент К, где К рассчитывается как:

$K = (110 - n + m * 5) / 97$, где

n — срок действия Договора страхования в годах;

m — количество полных лет до конца действия Договора страхования.

В случае если Договором страхования предусмотрена периодичность уплаты Страховых взносов чаще, чем один раз в год, Страховая сумма уменьшается на сумму Страховых взносов, подлежащих уплате до конца текущего Полисного года и не уплаченных Страхователем.

16.3. После перевода Договора страхования в Оплаченный договор размер Выкупных сумм также изменяется.

16.3.1. В случае, когда Выкупная сумма, указанная в п. 16.2.1 настоящих Полисных условий, равна нулю, Договор страхования не подлежит переводу в Оплаченный договор и может быть расторгнут по инициативе Страховщика согласно п. 9.1.2 Полисных условий.

16.4. Договор страхования, переведенный в Оплаченный договор, может быть возобновлен на условиях, действовавших до такого перевода, если:

16.4.1. Страховщик согласен на такое возобновление;

16.4.2. с момента перевода Договора страхования в Оплаченный договор прошло не более 6 (шести) месяцев.

16.5. Для возобновления действия Договора страхования Страхователю необходимо направить Страховщику соответствующее заявление на возобновление действия Договора страхования.

16.6. Страховщик подтверждает согласие на возобновление Договора страхования на условиях, действовавших до его перевода в Оплаченный договор,

в течение 20 (двадцати) календарных дней с момента получения письменного заявления Страхователя о возобновлении Договора страхования на прежних условиях. Если Страховщик не уведомил Страхователя о невозможности возобновления Договора страхования на прежних условиях в указанный период, это свидетельствует о согласии Страховщика на возобновление Договора страхования на прежних условиях.

16.7. В случае если после перевода Договора страхования в Оплаченный договор прошло более 90 (девяноста) дней, Страховщик проводит опрос Застрахованного лица о состоянии его здоровья, по результатам которого принимает решение о возможности возобновления Договора страхования на его первоначальных условиях.

16.8. Если возобновление Договора страхования на прежних условиях невозможно, Договор страхования может быть возобновлен на иных условиях путем подписания Сторонами соответствующего дополнительного соглашения.

16.9. При наступлении Страхового случая по Оплаченному договору Страховая выплата осуществляется однократно в размере Страховой суммы, установленной по Договору страхования при переводе Договора в Оплаченный. После осуществления Страховой выплаты Договор страхования прекращает свое действие.

17/ УПЛАТА НАЛОГОВ

17.1. Суммы налогов, подлежащие оплате в связи с заключением и исполнением Договора страхования, оплачиваются в порядке и сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации (в том числе ст. 213, 219 Налогового кодекса Российской Федерации).

ВАЖНО: подробная информация о порядке налогообложения размещена на сайте Страховщика.

18/ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

18.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Стороны вправе задержать выполнение обязательств по Договору страхования на время действия таких обстоятельств.

19/ ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

19.1. Все споры по Договору страхования между Сторонами при недостижении взаимного согласия по их урегулированию разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных п. 19.2 Полисных условий.

19.2. Если споры с участием Страховщика и потребителя финансовых услуг (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) соответствуют критериям, указанным в ч. 1 ст. 15 Федерального закона № 123-ФЗ от 04.06.2018 «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон № 123-ФЗ), то до обращения такого потребителя с иском в суд они подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке и сроки, определенные Законом № 123-ФЗ.

19.3. До направления обращения финансовому уполномоченному потребитель финансовых услуг должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме, подлежащее рассмотрению Страховщиком в порядке и сроки, предусмотренные ст. 16 Закона № 123-ФЗ.

20/ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

20.1. При наличии противоречий между настоящими Полисными условиями и условиями, изложенными в страховом сертификате и дополнительных соглашениях, преимущество имеют условия, изложенные в страховом сертификате и дополнительных соглашениях.

УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СЕРВИСНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ «НАЛОГОВЫЙ ВЫЧЕТ» И «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ» («ЧЕК-АП»)

1.1. Организация оказания сервисного обслуживания осуществляется в порядке и объеме Памяток «Налоговый вычет» и «Профилактическое медицинское обследование» (далее также «Чек-ап»), вручаемых Страхователю при заключении Договора страхования, с учетом особенностей, предусмотренных настоящим разделом Полисных условий, и, если оказание такого сервисного обслуживания предусмотрено Договором страхования.

1.2. По направлению «Налоговый вычет» организация оказания сервисного обслуживания осуществляется по Программе страхования «Целевой капитал Смарт» в течение срока действия Договора страхования в отношении налоговых вычетов, право на получение которых возникло в течение срока действия Договора страхования.

1.3. По направлению «Чек-ап» организация оказания сервисного обслуживания осуществляется по Программе страхования «Целевой капитал Смарт» в течение срока действия Договора страхования, если это прямо предусмотрено Договором страхования, но прекращается Страховщиком досрочно при переводе Договора страхования в Оплаченный договор.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Стороны используют в настоящей Дополнительной программе страхования следующие термины (помимо терминов, предусмотренных Полисными условиями):

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

Врач — специалист с 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.

Застрахованное лицо — физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования в части Дополнительной программы страхования. Такое лицо не может быть старше 64 (шестидесяти четырех) полных лет на дату окончания действия Договора страхования. В целях настоящей Дополнительной программы страхования Застрахованное лицо также является Выгодоприобретателем.

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

Медицинское учреждение — учреждение здравоохранения любой формы собственности, зарегистрированное и осуществляющее свою деятельность как в Российской Федерации, так и за рубежом, имеющее в той мере, в какой это применимо, соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности, с которым 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.

Очная верификация диагноза — услуга, в рамках которой Застрахованному лицу предоставляется медицинское заключение по впервые диагностированному Онкологическому заболеванию и плану его лечения посредством очной медицинской консультации, проведения необходимых дополнительных обследований и 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 и по Онкологическому заболеванию, организация и оплата стоимости лечения которого является страховым событием по настоящей Дополнительной программе страхования.

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 оплачиваются, а любые Заболевания, которые были диагностированы в указанный период, не признаются Страховым случаем. Период ожидания применяется также в течение и после завершения Каникул, предусмотренных Полисными условиями, а также в случае восстановления расторгнутого Договора страхования.

ВАЖНО: если диагностирование Онкологического заболевания происходит в течение 90 (девяноста) дней с даты заключения Договора страхования и оплаты первоначального Страхового взноса, или в течение 90 (девяноста) дней с даты окончания Каникул или восстановления Договора страхования, то Медицинские услуги по такому заболеванию не предоставляются и не возмещаются Страховщиком.

Если диагностирование онкологического заболевания происходит в период Каникул, когда Договор страхования расторгнут или переведен в Оплаченный договор, то Медицинские услуги по такому заболеванию также не предоставляются.

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.

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.

Онкологическое заболевание — присутствие в организме новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося неконтролируемым ростом и пролиферацией, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдаленными метастазами. Это определение также включает лейкоз, Онкологические заболевания кроветворных органов и Болезнь Ходжкина.

ВАЖНО: дата постановки диагноза — это дата получения точного диагноза по результатам гистопатологического обследования.

Не являются Онкологическими заболеваниями в соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования следующие заболевания/состояния:

- доброкачественные или предраковые новообразования;
- преинвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis¹);
- цервикальная дисплазия CIN I–III;
- рак предстательной железы стадия которого соответствует или ниже стадии T2 N0 M0 по классификации TNM или до 6 баллов по шкале Глисона;
- хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) (ICD 91.10);
- любые новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа;
- злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.
- Заболевания кожи следующих типов:
 - a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - b. плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.
- сомнительные опухоли до установления заключительного диагноза по результатам гистопатологического обследования, за исключением случаев, когда проведение гистопатологического исследования невозможно по медицинским показаниям.

1/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящая Дополнительная программа медицинского страхования на случай диагностирования и лечения Онкологического заболевания (далее — Дополнительная программа страхования) является дополнением к Полисным условиям смешанного страхования по программе страхования «Целевой капитал Сمارт» (далее — Полисные условия).

1.2. На настоящую Дополнительную программу страхования распространяются все положения Полисных условий (в том числе в части прав и обязанностей сторон, порядка заключения и действия договора страхования и иных разделов Полисных условий), в какой они не затрагивают специальных условий и положений настоящей Дополнительной программы страхования.

1.3. Договор страхования в части Дополнительной Программы страхования вступает в силу при условии оплаты первоначального Страхового взноса в размере, указанном в Договоре страхования. Оплата последующих (регулярных) страховых взносов является обязательным условием для сохранения действия Дополнительной программы страхования.

1.4. Дополнительная Программа страхования прекращает свое действие при прекращении действия (расторжении) Договора страхования по причинам, предусмотренным ст. 9 Полисных условий, а также после перевода Договора страхования в Оплаченный договор, в период Каникул, предусмотренных Полисными условиями. По окончании Каникул, при условии продолжения оплаты

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

Страховых взносов, Дополнительная программа страхования продолжает свое действие, однако Период ожидания начинается с даты окончания Каникул.

2/ СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования на страхование принимаются лица, возраст которых не менее 18 (восемнадцати) 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.

2.2. Договор страхования по Дополнительной программе страхования не может быть заключен в отношении следующих лиц:

2.2.1. возраст которых меньше или больше предельных показателей возраста, указанного в п. 2.1 Дополнительной Программы Страхования;

2.2.2. состояние здоровья которых не соответствует условиям приема на страхование, изложенным в Договоре страхования;

2.2.3. застрахованных по Программам Добровольного медицинского страхования на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний в ООО «СК «Райффайзен Лайф» при условии наличия действующего Договора страхования по такой Программе страхования.

ВАЖНО: если Вы застрахованы по программе «Стандарт Здоровья», «Стандарт здоровья Плюс» или «Стандарт Здоровья Премиум», то Вы не можете быть застрахованы в рамках настоящей Дополнительной программы страхования. Если Вы застрахованы по программе «Стандарт здоровья Классика», то Вы можете быть застрахованы в рамках настоящей Дополнительной программы страхования.

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

2.1 и п. 2.2. настоящей Дополнительной программы страхования, и при этом Страхователем 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.

3/ ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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, требующего организации и оказания таких услуг.

4/ СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ (РИСКИ)

4.1. Страховым событием (риском) в рамках настоящей Дополнительной программы страхования является организация и оплата стоимости лечения на случай диагностирования онкологического заболевания, а именно организация предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в связи с Онкологическим заболеванием, впервые диагностированным у Застрахованного лица в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом (далее также именуемое «Организация лечения на случай диагностирования Онкологического заболевания»).

4.2. При организации лечения Онкологического заболевания Страховщик организывает и оплачивает следующие услуги в амбулаторных условиях/в условиях дневного стационара/в стационарных условиях (в зависимости от стандартов лечения, принятых в стране лечения):

4.2.1. Консультации и Осмотры врачами;

4.2.2. Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по согласованию со Страховщиком, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические

исследования, функциональная диагностика;

4.2.3. Лечебные медицинские вмешательства (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию.

4.2.4. Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов.

4.2.5. Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.

4.2.6. Удаленная психологическая помощь Застрахованному лицу или его близким.

4.3. При проведении Очной верификации диагноза и составлении протокола лечения за пределами Российской Федерации Страховщик также обеспечивает:

4.3.1. Оплату билета эконом-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где будет выполнена Очная верификация диагноза и составление протокола лечения.

4.3.2. Оплату проживания Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.

4.3.3. Транспортировку в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

4.3.4. Помощь в получении визы с целью очной верификации диагноза и составлении протокола лечения за пределами Российской Федерации для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом, визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.

4.3.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном Медицинском учреждении на период лечения.

4.4. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время очной верификации диагноза и составления протокола лечения за рубежом в рамках настоящей программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

4.5. Страховщик оставляет за собой право выбора Медицинской организации для осуществления Очной верификации диагноза.

4.6. Страховое событие, предусмотренное в п. 4.1 настоящей Дополнительной программы страхования, признается Страховым случаем, если факт наступления Онкологического заболевания подтвержден по результатам организованной Страховщиком очной верификации диагноза документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими организациями, бюро медико-социальной экспертизы, судом и другими), и если такое заболевание диагностировано в период действия Договора, по истечении Периода ожидания по Договору, вне Каникул по Договору, диагноз и план лечения подтвержден при проведении очной верификации.

4.7. В случае истечения срока действия Договора страхования при незавершенном оказании Медицинских услуг подлежат оплате те Медицинские услуги, которые были оказаны и счет за которые был выставлен в течение 30 (тридцати) дней с даты истечения срока действия Договора страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия Договора страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцати) последовательных дней после истечения срока действия Дополнительной программы страхования.

5/ ИСКЛЮЧЕНИЯ

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

5.1.1. вызвано причинами, установленными в разделах 5 и 6 Полисных условий;

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

5.2. Не признаются Страховым случаем и не подлежат компенсации:

5.2.1. Медицинские услуги, оказанные по поводу заболеваний, не предусмотренных Программой страхования или медицинские услуги, не указанные в разделе 4 настоящей Дополнительной программы страхования.

5.2.2. Медицинские услуги, оказанные вне срока действия Договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей Дополнительной программой страхования, в том числе случаи обращения Застрахованного лица за страховой выплатой до даты постановки точного диагноза квалифицированным Врачом.

5.2.3. Медицинские услуги, оказанные по поводу заболевания, которое диагностировано до окончания Периода ожидания или после расторжения Договора страхования.

5.2.4. Медицинские услуги, оказанные по поводу заболеваний и/или их симптомов, которые развивались, развились либо были диагностированы до заключения Договора страхования и повлекли диагностирование и/или явились причиной развития Онкологического заболевания 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);

ВАЖНО: таким образом, не производится Организация лечения в связи с Онкологическим заболеванием, диагностированным после вступления Договора страхования в силу, но развившегося из доброкачественного новообразования, язвы, эрозии, полипа, кисты и других доброкачественных новообразований, которые были выявлены до вступления Договора страхования.

5.2.5. Медицинские услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

5.2.6. Медицинские услуги, связанные с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.

5.2.7. Получение Медицинских и иных услуг в Медицинских и иных учреждениях, не согласованных Страховщиком или Сервисной компанией Страховщика;

5.2.8. Медицинские услуги, не назначенные Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения онкологического заболевания;

5.2.9. Лечение психических заболеваний Застрахованного лица;

5.2.10. Медицинские услуги, связанные с лечением любых врожденных нарушений нормального развития, в том числе головного мозга и спинного мозга, позвоночника, других органов и систем;

5.2.11. Хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга;

5.2.12. Медицинские услуги в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), в том числе в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши)

5.2.13. Медицинские услуги, выполняемые в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцией по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции молочных желез после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;

5.2.14. Медицинские услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

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

5.3. Указанные исключения применяются наряду с теми исключениями, ко-

торые указаны в определении Онкологического заболевания.

5.4. Основания освобождения Страховщика от страховой выплаты предусмотрены разделом 6 Полисных условий.

6/ СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования на каждый год страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон и равна 6 000 000 (шесть миллионов) рублей в год.

6.2. Страховая сумма по настоящей Дополнительной программе страхования является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного Страховщиком в период действия Договора страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования в текущем страховом году считаются исполненными. При этом обновление страховой суммы на новый страховой год происходит при условии своевременной оплаты страховой премии за следующий период страхования.

7/ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

7.1. Страховая премия определяется на основе Страховых тарифов, применяемых Страховщиком.

7.2. Страховая премия уплачивается Страхователем в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

7.3. Условия, порядок и сроки оплаты, установленные Полисными условиями, в полной мере применимы к настоящей Дополнительной программе страхования.

8/ ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

8.1. Организация лечения на случай диагностирования Онкологического заболевания, как она определена в разделе 4 настоящей Дополнительной программой страхования, производится после обращения Застрахованного лица по контактному телефону Страховщика в целях выбора Медицинского учреждения из предложенного Страховщиком или Сервисным центром Страховщика перечня Медицинских учреждений для организации лечения. Страховщик обязуется организовать медицинские услуги в соответствии с Дополнительной программой страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней после признания заявленного события страховым случаем. Решение о том, является ли заявленное событие страховым случаем, Страховщик принимает в течение 6 (шести) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, предусмотренных п. 8.5. настоящей Дополнительной программы страхования.

8.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Медицинским учреждением, производится Страховщиком либо по его поручению Сервисным центром Страховщика, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг в пределах страховой суммы, установленной по Договору страхования, путем перечисления денежных средств на счет соответствующего Медицинского учреждения, либо на счет соответствующего сервисного центра (организатора) для последующего перечисления в Медицинское учреждение.

8.3. Страховщик или Сервисный центр Страховщика вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу Медицинских услуг их перечню, предусмотренному условиями Дополнительной программы страхования.

8.4. Территория действия Дополнительной программы страхования и оказания услуг:

8.4.1. Территория проведения Очной верификации диагноза и составления плана лечения: Европа, за исключением Швейцарии; Израиль, Южная Корея, Российская Федерация.

8.4.2. Территория лечения: Российская Федерация.

ВАЖНО: очная верификация диагноза проводится по согласованию со Страховщиком за пределами РФ или на территории РФ, при этом лечение Онкологического заболевания проводится только на территории РФ.

8.5. Для организации лечения Онкологического заболевания Страховщику или Сервисному центру Страховщика должны быть предоставлены следующие документы:

8.5.1. Договор страхования (Страховой сертификат) (копия);

8.5.2. Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (копия);

8.5.3. медицинское заключение о диагностировании онкологического заболевания, направление на лечение (при наличии) (копия);

8.5.4. официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, копия медицинской карты) (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо в установленном законом порядке), подтверждающие факт первичного диагностирования Злокачественного онкологического заболевания и историю заболевания;

8.5.5. заявление на организацию лечения установленного Страховщиком образца.

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

8.6.1. 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.);

8.6.2. 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);

8.6.3. медицинский документ о первичном обращении за Медицинской помощью с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, Лечении;

8.6.4. результаты проведенных диагностических исследований;

8.6.5. выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;

8.6.6. выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;

8.6.7. выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;

8.6.8. выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;

8.6.9. документ, выданный центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подтверждающий взятие инфицированного больного на учет;

8.6.10. медицинские документы, подтверждающие инфицирование/наличие у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С), содержащие информацию о дате инфицирования;

8.6.11. переводной эпикриз в случае перевода Застрахованного лица из одного Медицинского учреждения в другое;

8.6.12. результаты прохождения Застрахованным лицом военно-врачебной комиссии из военного комиссариата;

8.6.13. 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;

8.6.14. 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;

8.6.15. справки Федеральной архивной службы России, архивов подразделений Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также других архивных служб;

8.6.16. справки по месту работы (учебы), в которых работало (проходило учебу) Застрахованное Лицо;

8.6.17. информация из общественных медицинских организаций и/или профессиональных медицинских сообществ.

8.7. 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.

8.8. При первичном обращении Застрахованного лица в целях организации лечения Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику документы, указанные в п.8.5-8.6. настоящей Программы страхования. 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 к Страховщику или в Сервисный центр.

8.9. Все документы, предусмотренные в п.п.8.5. –8.6. 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.

8.10. Документы для решения вопроса о признании случая страховым 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. 8.5. – 8.6. настоящих Полисных условий.

8.11. 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.