

Полисные условия страхования на случай диагностирования заболеваний.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОАКТИВНАЯ ЗАЩИТА»

Утверждены приказом № 782/20 от 23.06.2020

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

Болезнь (Смертельно опасное заболевание, СОЗ) – диагностированное сертифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного лица, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности и не вызванные несчастным случаем. Застрахованными по настоящим Полисным условиям являются следующие смертельно опасные заболевания как они определены ниже, в том числе с учетом указанных для каждого определения исключений.

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

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

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

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

2) Инфаркт миокарда – гибель участка сердечной мышцы в результате недостаточного кровоснабжения сопровождается всеми следующими признаками острого инфаркта. Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех нижеперечисленных симптомов:

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

Диагноз должен быть поставлен Врачом-кардиологом.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах. Для детей до 3-х летнего возраста диагноз подтверждается заключением врача невролога о наличии стойких неврологических нарушений, а именно: слабоумия, эмоциональной лабильности, слепоты, глухоты, нарушения речи, гемиплегии или паралича, выявляемых не менее 6 (шести) месяцев после первичной постановки диагноза «Энцефалит».

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

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

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

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

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

Для детей до 3-х летнего возраста диагноз подтверждается заключением врача невролога о наличии стойких неврологических нарушений, а именно: слабоумия, эмоциональной лабильности, слепоты, глухоты, нарушения речи, гемиплегии или паралича или неспособности подняться с кровати без посторонней помощи, выявляемых не менее 3 (трех) месяцев после первичной постановки диагноза «Бактериальный менингит».

Не являются Бактериальным менингитом в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания \состояния:

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

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

Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования. В целях настоящих Полисных условий Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо (каждое в отношении себя).

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 выплату в пределах Страховой суммы) в случае наступления предусмотренного Договором страхования смертельно опасного заболевания. Заключение Договора страхования подтверждается Страховым сертификатом, вручаемым (направляемым) Страхователю Страховщиком.

Полисные условия в любом случае являются неотъемлемой частью Договора страхования.

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

Застрахованное лицо (Основное Застрахованное лицо) – физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен и действует Договор страхования. В целях настоящих Полисных условий такое лицо приравнено к Страхователю.

Льготный период – период, начинающийся с даты возникновения задолженности по оплате очередного Страхового взноса и длящийся 30 (тридцать) календарных дней, в течение которого Страховщик предоставляет Страхователю возможность погасить возникшую задолженность по оплате очередного Страхового взноса. Указанный период применим для Договоров страхования с периодической (не ежегодной) оплатой страховых взносов.

Медицинское учреждение – применительно к настоящим Полисным условиям – это учреждения здравоохранения всех форм собственности, зарегистрированные и осуществляющие свою деятельность, как в Российской Федерации, так и за рубежом, имеющие в той мере, в какой это применимо, соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности, с которыми соответствующие договорные отношения заключены от имени и в интересах Страховщика Сервисным центром Страховщика. К Медицинским учреждениям относятся лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ): больничные учреждения, диспансеры, клиники и другие; аптечные учреждения и (или) аптеки Медицинских учреждений.

Медицинская навигация – означает услугу, в рамках которой Застрахованному лицу предоставляются рекомендации по выбору Медицинского учреждения по профилю диагностированного заболевания в Российской Федерации или за рубежом; обеспечивается координация процесса получения консультации в выбранном Медицинском учреждении; а также информирование о порядке постановки на учёт в медицинское учреждение Российской Федерации и о порядке получении квоты на лечение в Российской Федерации. Оказание сервиса производится партнером Страховщика.

ВАЖНО: медицинская навигация доступна только по СОЗ, являющимся страховыми событиями в рамках настоящих Полисных условий.

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

Период свободного ознакомления с условиями страхования (Период свободного ознакомления) – период, начинающийся с даты заключения Договора страхования, указанной в Страховом сертификате, и длящийся 14 (четырнадцать) календарных дней, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть Договор страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии в полном объеме.

Ребенок – для целей настоящих Полисных условий физическое лицо (лица), относящееся к категории «Дети». К категории «Дети» (далее именуется – Дети) относятся: физическое лицо (лица) в возрасте от 0 (нуля) лет и не более 17 (семнадцати) полных лет на начало действия Договора страхования. Под ребенком в целях настоящих Полисных условий понимается только ребенок Страхователя. Договор страхования может быть заключен в отношении Ребенка не ранее дня, следующего за днем выписки Ребенка из родильного дома. При этом, Ребенок Страхователя, рожденный в течение срока действия Договора страхования, также может быть застрахован по Договору страхования.

Сомнительные опухоли – опухоли, обладающие клиническими признаками злокачественной опухоли (неконтролируемый рост и пролиферация, инвазия в окружающие ткани с их деструкцией), которые в силу топической локализа-

ции недоступны для забора гистологического материала или проведение биопсии сопряжено с риском осложнений для Застрахованного лица.

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

Страхователь – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного страхования на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний (далее – Договор страхования). Страхователем может выступать гражданин Российской Федерации, при условии, что у такого гражданина имеется имущественный интерес в заключении Договора страхования, и Договор страхования заключается на территории Российской Федерации. В отношении Застрахованного Ребенка Страхователем может выступать только один из его родителей, являющийся Страхователем по Договору страхования.

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

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

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

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

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

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

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

1/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик заключает договоры страхования на основании настоящих Полисных условий страхования на случай диагностирования заболеваний. Программа страхования «Проактивная защита», утв. Приказом Страховщика № 782/20 от 23.06.2020 (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. Страхователь и Страховщик далее по тексту Полисных условий по отдельности именуется «Сторона», а совместно — «Стороны».

2/ ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью.

3/ СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых не менее 18 (восемнадцать) полных лет и не более 64 (шестьдесят четыре) полных лет на дату начала действия Договора страхования и не более 65 (шестьдесят пять) полных лет на дату окончания действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. На страхование принимаются также Дети Страхователя, отвечающие критериям, указанным в определении «Ребенок». Страхование прекращает свое действие в отношении Детей Страхователя с даты достижения Ребенком 18 (восемнадцать) лет.

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

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

3.2.2. не инфицированные ВИЧ, не больные СПИДом;

3.2.3. не страдающие психическими заболеваниями и эпилепсией;

3.2.4. не страдающие сахарным диабетом, туберкулезом, хронической сердечной недостаточностью, хроническим гепатитом любой природы (за исключением гепатита А); циррозом печени;

3.2.5. не переносившие злокачественные онкологические заболевания, инфаркт миокарда, инсульт; энцефалит, менингит (данное условие применяется для Детей Страхователя)

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

3.2.7. не имеющие рекомендаций врача к лечению любого Заболевания в стационаре;

3.2.8. не страдающие ожирением, т.е. разница между ростом (в см) и весом (в кг) которых, составляет более либо равна 65 (данное условие не является обязательным для Детей до 18 лет);

3.2.9. не проходящие в настоящее время службу в вооруженных силах;

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

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

3.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лица, к которому применимы п. 3.2 настоящих Полисных условий, и при этом Страхователем и (или) Застрахованным лицом была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий недействительности сделки, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

4/ СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. По настоящим Полисным условиям, Страховым случаем признается установление наличия у Застрахованного лица смертельно опасного заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному Лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом и не являющегося исключением в соответствии с разделом 5 настоящих Полисных условий, а именно:

4.1.1. «Диагностирование Онкологического заболевания»;

4.1.2. «Диагностирование инфаркта миокарда» (только у Основного Застрахованного лица);

4.1.3. «Диагностирование инсульта» (только у Основного Застрахованного лица);

4.1.4. «Диагностирование бактериального менингита» (только у Застрахованного Ребенка/Детей);

4.1.5. «Диагностирование энцефалита» (только у Застрахованного Ребенка/Детей).

4.2. Страховые события, предусмотренные в п. 4.1 настоящих Полисных условий, признаются Страховыми случаями, если факт наступления и характер события подтвержден документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими организациями) и они наступили по истечении Периода ожидания по Договору страхования.

5/ ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. Не признается страховым случаем следующие события:

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

5.1.2. заболевания, которые были диагностированы в период ожидания, либо симптомы которых проявились в период ожидания. Факт наличия такого заболевания подтверждается медицинскими документами Застрахованного лица (в том числе, но не ограничиваясь, историей болезни, амбулаторной картой, выпиской из медицинского учреждения, результатами диагностического исследования, заключениями Врача);

5.1.3. заболевания, прямо или косвенно относящиеся к ВИЧ (Вирус Иммунодефицита Человека) и/или любой болезни, связанной с ВИЧ, включая СПИД (Синдром Приобретенного Иммунодефицита) и/или любой мутантной производной, вариациям или осложнениям данных заболеваний, заболевания, возникшие на фоне ВИЧ (в том числе саркома Капоши);

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

5.1.5. заболевания и/или их симптомы, которые развивались, развились либо были диагностированы до заключения Договора страхования, и повлекли диагностирование и/или явились причиной развития СОЗ у Застрахованного лица. Факт наличия такого заболевания подтверждается медицинскими документами Застрахованного лица (в том числе, но не ограничиваясь, историей болезни, амбулаторной картой, выпиской из медицинского учреждения, результатами диагностического исследования, заключениями Врача). Например, злокачественное новообразование, диагностированное после вступления Договора страхования в силу, которое развилось из доброкачественного новообразования, язвы, эрозии, полипа, кисты и других доброкачественных новообразований, которые были выявлены до вступления Договора страхования в силу; инфаркт миокарда, возникший на фоне ишемической болезни сердца (атеросклеротической болезни коронарных сосудов), выявленной до вступления Договора страхования в силу; геморрагический Инсульт, возникший на фоне болезней, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, выявленным до вступления Договора в силу; ишемический инсульт, на фоне выявленного до вступления Договора в силу атеросклероза сосудов головы и шеи; и прочее;

5.1.6. врожденные заболевания (включая пороки развития, выявленные внутриутробно);

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

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

5.3. Любое изменение объема исключений из Страхового покрытия, ограничение по размеру Страховой выплаты и иные условия Договора страхования прямо или косвенно влияющие на применение раздела 5 «Исключения» настоящих Полисных условий в Договоре страхования, допускаются по соглашению

Сторон Договора страхования в случае, если такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации.

6/ ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

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. 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 СУММА

7.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии и Страховой выплаты. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон на каждое Застрахованное лицо в отдельности.

8/ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

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

8.2. Страховая премия (Страховые взносы) уплачивается в сроки и в размере, указанном в Договоре страхования.

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

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

8.5. Если Договором страхования предусмотрен порядок оплаты Страховой премии в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода) и Страхователь не уплатил в срок очередной взнос, то наступает Льготный период, во время которого Договор страхования остается в силе.

9/ ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

9.1.1. фамилия, имя, отчество;

9.1.2. дата рождения;

9.1.3. паспортные данные;

9.1.4. домашний адрес, телефон и адрес электронной почты;

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

9.2. 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.

9.3. Срок действия Договора страхования устанавливается соглашением сторон и указывается в Договоре страхования.

9.4. 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.

9.5. Договор страхования действует в отношении каждого Застрахованного лица по каждому Страховому риску в пределах установленной Страховой суммы, если иное не предусмотрено настоящими Полисными условиями и Договором страхования.

ВАЖНО: в случае смерти Страхователя, независимо от причины смерти, действие Договора страхования прекращается в отношении всех Застрахованных по нему лиц.

9.6. 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.

9.7. 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.

9.8. Договор страхования заключается в письменной форме посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путём направления оферты (Страхового сертификата, предложения заключить договор страхования) Страховщиком, при условии предварительного проставления Страхователем отметок (в том числе, но не ограничиваясь, «V» или «X») в активных электронных окнах на сайте (в мобильном приложении) Страховщика или агента Страховщика, содержащих персональные данные Страхователя и условия страхования, и её акцепта (принятия предложения) Страхователем. Совершение Страхователем, получившим оферту, в срок, установленный для её акцепта, действий по выполнению указанных в ней условий (подтверждение согласия с условиями Договора страхования путем простановки простой электронной подписи и оплата Страховой премии) считается акцептом, если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте.

9.9. Формы Страхового сертификата, прилагаемые к Полисным условиям, являются типовыми, и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного договора страхования при соблюдении законодательства РФ.

10/ ПРЕКРАЩЕНИЕ (РАСТОРЖЕНИЕ) ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. 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:

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

10.1.2. По инициативе Страховщика — 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.

10.1.3. По соглашению Сторон.

10.1.4. 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.

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

10.1.6. В случае смерти Страхователя;

ВАЖНО: в случае смерти Страхователя, независимо от причины смерти, действие Договора страхования прекращается в отношении всех Застрахованных по нему лиц.

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

10.2. При осуществлении Страховой выплаты в отношении одного из Застрахованных лиц, обязанности Страховщика в отношении такого Застрахованного лица признаются выполненными, а действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица прекращается. Договор страхования продолжает действовать в отношении остальных Застрахованных лиц, при условии своевременной оплаты Страховой премии в полном объеме.

11/ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

11.1. Страховщик обязан:

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

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

11.1.3. При наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признании его Страховым случаем, произвести Страховую выплату в течение предусмотренного в Договоре страхования срока после получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Полисными условиями;

11.1.4. Получить согласие Страхователя на обработку, хранение и иное использование его персональных данных в форме, целях и пределах, установленных законодательством Российской Федерации (в т.ч. в соответствии с Федеральными Законами «О персональных данных», «О рекламе»), в течение неограниченного срока либо, по меньшей мере, на период осуществления Договора страхования, если в согласии не указано иное;

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

11.2. Страхователь обязан:

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

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

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

11.2.4. Не позднее, чем в течение 30 (тридцати) дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении Страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов, предусмотренных в Договоре страхования;

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

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

11.3. Страховщик имеет право:

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

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

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

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

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

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

11.4. Страхователь (Застрахованное Лицо) имеет право:

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

11.4.2. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

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

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

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

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

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

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

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

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

12/ СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

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

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

12.3. Страховая выплата осуществляется единовременно в размере Страховой суммы, установленной в Договоре страхования по соответствующему Страховому случаю.

12.3.1. Страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу, а в случае его Смерти в результате заявленного Страховщику и признанного Страховым случаем Смертельно опасного заболевания до получения Страховой выплаты – наследникам Застрахованного Лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

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

12.4. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента составления и подписания страхового акта, если в Договоре страхования не указан иной срок для осуществления Страховой выплаты. Страховой акт составляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты предоставления заявителем всех необходимых документов, указанных в п. 12.6 настоящих Полисных условий, а также любых иных предусмотренных Договором страхования сведений и документов, запрошенных Страховщиком в установленном законом порядке и подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая. В случае принятия решения об отказе в Страховой выплате Страховщик обязан сообщить Застрахованному Лицу (наследникам Застрахованного Лица) письменно об отказе в Страховой выплате с указанием оснований для отказа или оснований, освобождающих Страховщика от обязанности произвести Страховую выплату, в течение 7 (семи) рабочих дней с даты принятия такого решения.

Решение об отказе в Страховой выплате принимается в течение представления Застрахованным Лицом или его наследником в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты предоставления заявителем всех необходимых документов, указанных в п. 12.6 настоящих Полисных условий, а также любых иных предусмотренных Договором страхования сведений и документов, запрошенных Страховщиком в установленном законом порядке и подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая.

12.5. Принятие решения о Страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового события, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, и (или) Страховщиком назначена дополнительная проверка, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших Страховой выплате. При этом Страховщик направляет Застрахованному Лицу письменное уведомление с указанием причины отсрочки в принятии решения о Страховой выплате. Страховая выплата производится на банковский счет Страхователя (Застрахованного Лица) или его наследников согласно действующему законодательству Российской Федерации.

12.6. Для получения Страховой выплаты в случае Диагностирования у Застрахованного лица Смертельно опасного заболевания, предусмотренного настоящими Полисными условиями и Договором страхования, Страховщику совместно с заявлением на Страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов заявителем должны быть представлены следующие документы:

- копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Страхователя и Застрахованного лица, (если страховое событие произошло с Застрахованным Ребенком – копия свидетельства о рождении), копия паспорта заявителя, если заявитель не является Застрахованным лицом;
- официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, медицинская карта), подтверждающие факт первичного диагностирования СОЗ, дату первичного диагностирования СОЗ, содержащие информацию об анамнезе, проведенном обследовании, Лечении и сроках Лечения, состоянии Застрахованного лица по истечении трехмесячного срока (при бактериальном менингите) или шестимесячного срока (при энцефалите) а также, в случае проведения обследований и манипуляций, полные данные с их результатами (в том числе результаты рентгенографического обследования с описанием, (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо в установленном законом порядке);
- выписки из медицинских организаций по месту жительства (наблюдения) (всех мест проживания за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 (десять) лет

до заключения Договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованное лицо обращалось в рамках добровольного медицинского страхования (на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования);

12.7. Страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу, а в случае его Смерти в результате заявленного Страховщику и признанного Страховым случаем Смертельно опасного заболевания до получения Страховой выплаты – наследникам Застрахованного Лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Для получения Страховой выплаты в этом случае наследниками Застрахованного лица дополнительно предоставляются следующие документы:

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

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

- медицинский документ о первичном обращении за Медицинской помощью с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, Лечении;
- результаты проведенных диагностических исследований;
- выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования СОЗ, проведенном обследовании и Лечении;
- выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования СОЗ, проведенном обследовании и Лечении;
- выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования СОЗ, проведенном обследовании и Лечении;
- документ, выданный центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подтверждающий взятие инфицированного больного на учет;
- медицинские документы, подтверждающие инфицирование/наличие у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С), содержащие информацию о дате инфицирования;
- переводной эпикриз в случае перевода Застрахованного лица из одного Медицинского учреждения в другое;
- результаты прохождения Застрахованным лицом военно-врачебной комиссии из военного комиссариата;
- 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;
- 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;

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

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

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

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

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

13/ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

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

14/ ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. 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. 14.2 Полисных условий.

14.2. 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.

14.3. 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.

15/ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

15.1. 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 НАПРАВЛЕНИЮ «МЕДИЦИНСКАЯ НАВИГАЦИЯ»

1.1. Организация оказания сервисного обслуживания «Медицинская навигация» осуществляется в порядке и объеме настоящих Полисных условий и если оказание такого сервисного обслуживания предусмотрено Договором страхования.

1.2. В рамках сервисного обслуживания «Медицинская навигация» Застрахованному лицу предоставляются рекомендации по выбору Медицинского учреждения по профилю диагностированного заболевания в Российской Федерации или за рубежом; обеспечивается координация процесса получения консультации в выбранном Медицинском учреждении; а также информиро-

вание о порядке постановки на учёт в медицинское учреждение Российской Федерации и о порядке получении квоты на лечение в Российской Федерации.

1.3. Организация оказания сервисного обслуживания «Медицинская навигация» осуществляется в течение срока действия Договора страхования в отношении каждого Застрахованного лица.

1.4. Сервисное обслуживание «Медицинская навигация» доступно только по заболеваниям, являющимся страховыми событиями в рамках настоящих Полисных условий.

1.5. Оказание сервиса обеспечивается партнером Страховщика – юридическим лицом и (или) специализированной организацией, которое/которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг Медицинская навигация, предусмотренных настоящими Полисными условиями.