

Полисные условия страхования на случай диагностирования заболеваний

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ «ОНКО.СТОП» и «ОНКОЗАЩИТА»

Утверждены приказом № 926/22 от 14.04.2022

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

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

По настоящим Полисным условиям понятие «Онкологические заболевания» применяется как оно определено ниже, в том числе с учетом указанных исключений.

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 лейкемию, лимфомы, онкологические заболевания кроветворных органов и Болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в страховое покрытие, если новообразование больше или равно $rT1bN0M0$ (вертикальной толщины по Бреслоу > 1 мм, или с изъязвлением, или уровнем по Кларку IV/V).

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

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

- Доброкачественные (D10-D36 по МКБ 10) или предраковые новообразования;
- Новообразования неопределенного или неизвестного характера (МКБ-10 D37-D48)
- Преинвазивные новообразования и новообразования на месте (Carcinoma in Situ МКБ10 D00-D09);
- Дисплазия шейки матки (МКБ-10 N87.0-87.2);
- Злокачественное новообразование пузыря стадии Ta и Tis (МКБ-10 C67);
- Злокачественное новообразование щитовидной железы (МКБ-10 C73)
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;
- Злокачественное новообразование предстательной железы (МКБ-10 C61), гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- Хронический лимфоцитарный В-клеточный лейкоз менее, чем стадия III по Rai;
- Любые кожные новообразования, не упомянутые в определении;
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа.

Врач – специалист с законченным высшим медицинским образованием, что подтверждается соответствующим документом, имеющий право заниматься медицинской деятельностью, не являющийся родственником и (или) членом семьи 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 Онкологического 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, попечители и опекуны, предоставившие оригиналы или нотариально заверенные копии документов, необходимых для подтверждения статуса Законного представителя Ребенка (Детей).

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) (для Договоров страхования, заключенных посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте Страховщика или агента Страховщика) или 60 (шестьдесят) (для Договоров страхования, заключенных посредством акцепта оферты Страховщика в устной форме путем телекоммуникационных средств связи) календарных дней, в течение которого Страховщик предоставляет Страхователю возможность погасить возникшую задолженность по оплате очередного Страхового взноса.

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

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

Период свободного ознакомления с условиями страхования (Период свободного ознакомления) – период, начинающийся с даты заключения Договора страхования, 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/усыновленный (удочеренный) Страхователем/ находящийся под опекой (попечительством) Страхователя. Договор страхования может быть заключен в отношении Ребенка не ранее дня, следующего за днем выписки Ребенка из родильного дома.

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

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

Страхователь – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного страхования на случай диагностирования Онкологических 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 (усыновителей, опекунов, попечителей) 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 оплатить 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. Программы страхования «ОНКО.Стоп» и «ОНКОзащита», утв. Приказом Страховщика № 926/22 от 14.04.2022 (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 (восемнадцати) полных лет и не более 64 (шестидесяти четырех) полных лет на дату начала действия Договора страхования и не более 65 (шестидесяти пяти) полных лет на дату окончания действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. На страхование принимаются также Дети Страхователя, отвечающие критериям, указанным в определении «Ребенок». Страхование прекращает свое действие в отношении Детей Страхователя с даты достижения Ребенком 18 (восемнадцати) лет.

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

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

3.2.2. не инфицированные ВИЧ, не больные СПИДом;

3.2.3. не страдающие психическими заболеваниями и эпилепсией;

3.2.4. не страдающие сахарным диабетом, туберкулезом, хронической почечной, печеночной недостаточностью, заболеваниями крови;

3.2.5. не переносившие/не имеющие злокачественные онкологические заболевания;

3.2.6. не состоящие на медицинском и диспансерном учете и не наблюдающиеся по поводу онкологических заболеваний;

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

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

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 следующее событие, произошедшее в период действия Договора страхования и не являющееся исключением в соответствии с разделом 5 настоящих Полисных условий:

4.1.1. «Диагностирование Онкологического заболевания» — установление наличия у Застрахованного лица Онкологического заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному Лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом и подтвержденного данными инструментальных и лабораторных исследований.

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 признаются 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 Новообразования неопределенного или неизвестного характера (МКБ-10 D37-D48);

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, заключением 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, вариациями или осложнениями данных заболеваний, заболевания, возникшие на фоне ВИЧ (в том числе саркома Капоши);

5.1.4. психические расстройства и расстройства поведения (МКБ10 F00-F99) Застрахованного лица, вне зависимости от их классификации, психических отклонений, умственной депрессии, или 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 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). 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;

5.1.6. врожденные Заболевания (включая пороки развития, выявленные внутриутробно).

5.2. Указанные исключения применяются наряду с теми исключениями, которые указаны в определении Онкологического заболевания.

5.3. Любое изменение объема исключений, 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 оплаты Страховой премии безналичным платежом, датой оплаты Страховой премии считается дата списания денежных средств с банковского счета Страхователя для их перечисления на банковский счет Страховщика, при условии их последующего поступления на счет Страховщика.

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 оплатил 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 заключается в письменной форме на основании устного или на основании письменного заявления Страхователя, в том числе заполненного Страхователем следуя инструкциям Страховщика в телекоммуникационной сети Интернет. Письменное заявление может составляться Страхователем на официальном сайте Страховщика или с использованием сайтов посредников Страховщика, предусмотренных для направления Заявления на страхование Страховщику. Заполненное таким образом Заявление

на страхование приравнивается к письменному Заявлению на страхование, собственноручно заполненному Страхователем.

Договор страхования заключается одним из следующих способов:

9.2.1. Путем акцепта Страхователем оферты Страховщика. При этом Страховщик адресует Страхователю оферту с целью заключения Договора страхования в устной форме путем телекоммуникационных средств связи и в письменном виде путем направления Страхователю оферты Страховщика по адресу электронной почты, сообщенному Страхователем. Единовременная оплата Страховой премии либо оплата первого Страхового взноса по Договору страхования в полном объеме является подтверждением согласия (акцептом) Страхователя с условиями страхования, изложенными в оферте и настоящих Полисных условиях. Договор страхования считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента оплаты Страхователем Страховой премии в полном объеме (если Договором страхования предусмотрена единовременная оплата Страховой премии) либо первого Страхового взноса (если Договором страхования предусмотрена периодическая оплата Страховой премии).

9.2.2. 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 проставки простой электронной подписи и оплата Страховой премии) считается акцептом, если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте.

9.2.3. Путем вручения Страхователю Страхового сертификата на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового сертификата и настоящих Полисных условий. Единовременная оплата Страховой премии либо оплата первого Страхового взноса по Договору страхования в полном объеме является дополнительным подтверждением согласия Страхователя с условиями страхования, изложенными в Страховом сертификате и настоящих Полисных условиях.

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

9.4. Если иное не установлено Договором страхования с учетом соответствующей Программы страхования, Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год.

9.5. Срок действия Договора страхования автоматически продляется на аналогичный период, при условии продолжения оплаты предусмотренных Договором страхования Страховых взносов, если Договором страхования не предусмотрено иное. При этом, Льготный период, предусмотренный настоящими Полисными условиями, применим к Страховому взносу, уплачиваемому в целях продления срока действия Договора страхования.

9.6. Договор страхования вступает в силу в соответствии с порядком, предусмотренным Договором страхования:

9.6.1. с 00 часов 00 минут первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором поступила оплата Страховой премии (первого Страхового взноса – при оплате в рассрочку) или

9.6.2. с 00 ч 00 мин дня, следующего за днем, когда был заключен Договор страхования.

Если Страховая премия (первый Страховой взнос – при оплате в рассрочку) в полном объеме оплачена не была, Договор страхования в силу не вступает.

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

9.8. 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.

9.9. 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 неоплаты 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.

10.3. Действие Договора страхования, расторгнутого по инициативе Страховщика в соответствии с п. 10.1.2 Полисных условий, может быть восстановлено по заявлению Страхователя при соблюдении одновременно следующих условий:

10.3.1. согласие со стороны Страховщика на такое восстановление;

10.3.2. с момента расторжения Договора страхования прошло не более 60 (шестидесяти) календарных дней.

10.4. Для восстановления действия Договора страхования Страхователю необходимо направить Страховщику заявление на восстановление Договора страхования, в том числе в устной форме путем телекоммуникационных средств связи, 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.

10.5. 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 оплаты Страхователем восстановительного страхового взноса.

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. Оплатить 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 ознакомления с условиями страхования;

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

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

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

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

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

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

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

12/ СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

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

12.2. Размер Страховой выплаты не может превышать размер Страховой суммы. Страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо в отдельности.

12.3. Размер Страховой выплаты для Страхователя определяется в процентах от установленной Договором страхования Страховой суммы в соответствии с таблицей, приведенной ниже. Размер Страховой выплаты для Застрахованных по Договору страхования Детей всегда равен размеру Страховой суммы.

Таблица 1.

Размер страховой выплаты при диагностировании Онкологического заболевания.

Онкологическое заболевание органа:	Размер страховой выплаты (в % от Страховой суммы)
Глотка	100%
Головной мозг и др. отделы ЦНС	100%
Гортань	100%
Губа	100%
Желудок	50%
Желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки	100%
Кости и суставные хрящи	100%
Лимфатическая и кроветворная ткань	50%

Меланома кожи	100%
Молочная железа	50%
Мочевой пузырь	100%
Ободочная кишка	50%
Печень и внутрипеченочные желчные протоки	100%
Плацента	100%
Поджелудочная железа	50%
Половой член	100%
Полость носа, среднее ухо, придаточные пазухи	100%
Полость рта	100%
Почка	50%
Предстательная железа	50%
Прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус	50%
Соединительная и др. мягкие ткани	100%
Тело матки	50%
Трахея, бронхи, легкое	50%
Шейка матки	50%
Щитовидная железа	100%
Пищевод	100%
Яичко	100%
Яичник	100%

12.3.1. Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу, а в случае его смерти в результате предусмотренного настоящими Полисными условиями 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.

Если наследником Застрахованного лица или выгодоприобретателем выступает несовершеннолетнее лицо, либо лицо, признанное в течение срока действия

12.3.3. 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 3 (трёх) 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 заболевания, предусмотренного настоящими Полисными условиями и Договором страхования (онкологическое заболевание), Страховщику совместно с заявлением на Страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов Выгодоприобретателем 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 Заболевания, и дату первичного диагностирования Заболевания, с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, Лечении и сроках Лечения, а также, в случае проведения обследований и манипуляций, полные данные с их результатами (в том числе результаты рентгенографического обследования (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 Онкологического 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;
- 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 Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;

- выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечении;
- выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, 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 письменном виде 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 потребителю 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 «ТЕЛЕЧЕКАП»

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

1.2. В рамках сервисного обслуживания «Телечекап» каждому взрослому (старше 18 лет) Застрахованному лицу предоставляется комплексная проверка основных систем организма на выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях, а также предраковых состояний и заболеваний, повышающих риск возникновения рака.

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

1.4. 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 услуги «Телечекап», предусмотренной настоящими Полисными условиями.