

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ВЕКТОР ЗДОРОВЬЯ»

Утверждены приказом № 944/22 от 20 июля 2022 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

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

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

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

Застрахованное лицо — физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования. Такое лицо не может быть старше 64 (шестьдесят четыре) лет на дату начала Договора страхования, при этом максимальный возраст Застрахованного лица на момент окончания действия Договора страхования с учетом его возобновления на новый срок не может превышать 65 (шестьдесят пять) полных лет. Застрахованным лицом по настоящим Полисным условиям может быть также Ребенок, как он определен в настоящих Полисных условиях.

Законные представители Ребенка — 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.

Злокачественное новообразование — любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен подтверждаться гистологическими или — в случае системных раковых заболеваний — цитологическими доказательствами.

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

Если гистопатологическое исследование невозможно в связи с наличием у Застрахованного лица Сомнительной опухоли, диагноз Злокачественное образование должен быть подтвержден Врачом-онкологом. Дополнительно данные медицинские причины должны быть объяснены, и Злокачественное образование должно быть подтверждено КТ— или МРТ-исследованием.

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

- опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinoma in situ, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые;

- рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или до 6 баллов (включая) по шкале Глисона;

- хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L), менее, чем стадия III по Rai;

- раковые заболевания на фоне вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и СПИДа;
- злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.

- Заболевания кожи следующих типов:

- a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

- b. плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.

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

Медицинское учреждение — учреждение здравоохранения любой формы собственности, зарегистрированное и осуществляющее свою деятельность как в Российской Федерации, так и за рубежом, имеющее в той мере, в какой это применимо, соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности, с которым соответствующие договорные отношения заключены от имени и в интересах Страховщика Сервисным центром Страховщика. К Медицинским учреждениям относятся лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ): больничные учреждения, диспансеры, клиники и другие; аптечные учреждения и (или) аптеки Медицинских учреждений.

Период ожидания — предусмотренный настоящими Полисными условиями и (или) Договором страхования период времени с даты вступления Договора страхования в силу, в течение которого Медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, Страховщиком не оплачиваются, а любые Заболевания и состояния, требующие Организации лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования (п. 4.1.1 Полисных условий), проведения Плановой хирургической операции (п. 4.1.2 Полисных условий), Трансплантации костного мозга (п. 4.1.3 Полисных условий), а также Первичной диагностики (п. 4.1.4 Полисных условий), которые были диагностированы либо возникли в указанный период, не признаются Страховым случаем. Период ожидания не применяется при возобновлении Договора страхования на новый период (срок).

По страховым рискам «Организация лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования», «Организация Плановой хирургической операции», «Первичная диагностика» Период ожидания составляет 90 (девяносто) календарных дней с даты вступления Договора страхования в силу.

По страховому риску «Организация Трансплантации костного мозга» Период ожидания составляет 180 (сто восемьдесят) календарных дней с даты вступления Договора страхования в силу

ВАЖНО: если диагностирование Злокачественного новообразования, возникновение состояния, требующего проведения Плановой хирургической операции, Первичной диагностики происходит в течение 90 (девяноста) дней (180 (сто восемьдесят) дней — для Трансплантации костного мозга) с даты вступления Договора страхования в силу, то Медицинские услуги по такому заболеванию, состоянию не предоставляются и их стоимость не возмещается Страховщиком.

Период свободного ознакомления с условиями страхования (также — период охлаждения) — период, начинающийся с даты заключения Договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного лица и длящийся 14 (четырнадцать) календарных дней с указанной даты (даты заключения Договора страхования), в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования с возвратом в полном объеме денежных средств, уплаченных в счет Страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая. Возврат денежных средств, уплаченных в счет Страховой премии, производится Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

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

Плановая хирургическая операция — инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного.

Полисный год — календарный год (двенадцать месяцев) с даты вступления в силу Договора страхования до окончания периода (срока) действия Договора страхования, указанного в Страховом сертификате, и каждый последующий год в случае возобновления Договора страхования на новый срок.

Ребенок — для целей настоящих Полисных условий физическое лицо (лица) в возрасте от 1 (одного) полного года и не более 17 (семнадцати) полных лет на начало действия Договора страхования и не более 18 (восемнадцати) полных лет на момент окончания действия Договора страхования.

Сайт Страховщика — официальный сайт ООО «СК «Райффайзен Лайф» в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу: www.raiffeisen-life.ru, содержащий информацию в соответствии с п. 6 ст. 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Официальный Сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

Сервисный центр Страховщика — юридическое лицо и (или) специализированная организация, которое/которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, оказывает Страховщику услуги координатора (организатора) оказания Медицинских услуг Застрахованным лицам Страховщика.

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

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

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

В отношении Застрахованного Ребенка Страхователем может выступать только Законный представитель Ребенка.

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 — совершившееся Страховое событие, признанное Страховщиком Страховым случаем.

Страховая выплата — денежная сумма в пределах предусмотренной Договором страхования Страховой суммы по соответствующему Страховому риску, выплачиваемая Страховщиком в порядке оплаты Медицинскому учреждению напрямую либо через Сервисный центр Страховщика оказанных Застрахованному лицу Медицинских услуг, либо, если это предусмотрено настоящими Полисными условиями и (или) Договором страхования, в порядке компенсации понесенных Застрахованным лицом расходов по самостоятельной оплате оказанных ему Медицинских услуг, за вычетом установленного Договором страхования размера Франшизы.

Трансплантация костного мозга — проведение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток от донора к застрахованному человеку, которому предшествует полная абляция костного мозга. При этом аутологичная трансплантация, которая является трансплантацией внутри одного человека, исключается.

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

1/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования на основании настоящих Полисных условий программы добровольного медицинского страхования «Вектор здоровья» утв. Приказом Страховщика 944/22 от 20 июля 2022 г. (далее по тексту — Полисные условия, Программа страхования).

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 в пределах установленной Договором страхования Страховой суммы в порядке, предусмотренном настоящими Полисными условиями.

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, и (или) с использованием Страхователем (Застрахованным Лицом, Выгодоприобретателем) официального Сайта Страховщика, а также официальных сайтов страхового агента/страхового брокера в сети Интернет, и (или) с использованием мобильных приложений Страховщика, страхового агента/брокера, осуществляющих автоматизированные создание и отправку информации в информационную систему Страховщика. 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 подписи.

1.4. В случае изменения адреса (места нахождения) Страховщика Страховщик имеет право уведомить Страхователя о таком изменении путем размещения соответствующей информации об изменении на своем официальном сайте в сети Интернет и (или) путем направления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) путем направления СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) иной службой обмена сообщениями, и (или) путем публикации соответствующей информации в периодической печати/СМИ (при условии, что соответствующее издание распространяется на всей территории Российской Федерации и имеет тираж не менее 10 000 экземпляров).

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

2/ СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых не менее 1 (одного) полного года на дату начала действия Договора страхования, не более 64 (шестидесяти четырех) лет на дату начала Договора страхования и не более 65 (шестидесяти пяти) полных лет на дату окончания действия Договора страхования (с учетом его возобновления на новый период (срок)).

2.2. Договор страхования по настоящим Полисным условиям не может быть заключен в отношении следующих лиц:

2.2.1. возраст которых меньше или больше предельных показателей возраста, указанного п. 2.1 Полисных условий;

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

2.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лица, к которому применимы п. 2.2.1 и (или) п. 2.2.2 настоящих Полисных условий, и при этом Страхователем была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья, служебных обязанностях или хобби, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий недействительности сделки, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3/ ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

4/ СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ (РИСКИ)

4.1. Страховыми событиями (рисками) в рамках настоящих Полисных условий признаются следующие события, произошедшие в период действия Договора страхования и не являющиеся исключениями в соответствии с разделом 5 настоящих Полисных условий:

4.1.1. Организация лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования — организация и оплата предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в связи с Злокачественным новообразованием, впервые диагностированным у Застрахованного лица в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом. При наличии Сомнительной опухоли соответствующие Медицинские услуги подлежат оплате только при условии подтверждения итогового диагноза Злокачественного новообразования.

4.1.2. Организация Плановой хирургической операции — организация и оплата проведения Застрахованному лицу Плановой хирургической операции из числа предусмотренных настоящими Полисными условиями в связи с Заболеванием, диагностированным или о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока действия Договора страхования. Диагноз, потребовавший проведения Плановой хирургической операции, должен быть подтвержден результатами лабораторных и инструментальных методов исследования и профилем специалистом, утвержденным Страховщиком (Сервисным центром Страховщика), а также существуют показания к хирургическому вмешательству, предусмотренному настоящими Полисными условиями, и отсутствуют предусмотренные Полисными условиями исключения.

В рамках настоящих Полисных условий осуществляется страхование на случай организации следующих видов Плановых хирургических операций:

а. Операции на сердце/Операции на сосудах сердца/Кардиохирургия:

- Удаление обструкции из конструкции, прилегающей к клапану сердца;

- Коронарная артерия;
- Замена трансплантата подкожной вены коронарной артерии;
- Аллотрансплантатная замена коронарной артерии;
- Протезирование коронарной артерии;
- Другая замена коронарной артерии;
- Соединение грудной артерии с коронарной артерией;
- Другое шунтирование коронарной артерии;
- Другие части сердца и перикарда;
- Открытые операции по проводящей системе сердца;
- Кардиостимулятор введен через вену;
- Другая кардиостимуляторная система;
- Большие сосуды и легочная артерия;
- Пластика митрального клапана;
- Пластика аортального клапана;
- Пластика трехстворчатого клапана;
- Пластика легочного клапана;
- Пластика неуточненного клапана сердца;
- Повторная пластика клапана сердца;
- Операции по стентированию коронарных артерий.
- Транслюминальная баллонная ангиопластика коронарной артерии;

б. Нейрохирургия/Нейрохирургическая операция:

- Ткани мозга;
- Значительное иссечение ткани мозга;
- Иссечение поражения ткани мозга;
- Стереотаксическая абляция ткани мозга;
- Спинальный мозг и другое содержимое спинного канала;
- Частичная экстирпация спинного мозга;
- Другие открытые операции на спинном мозге;
- Другое разрушение спинного мозга;
- Другие операции на спинном мозге;
- Операции на корне спинного нерва;
- Периферические нервы;
- Иссечение периферического нерва;
- Разрушение периферического нерва;
- Экстирпация поражения периферического нерва;
- Другие части нервной системы;
- Иссечение шейного симпатического нерва.

в. Ортопедическая хирургия:

- Артропластика тазобедренного сустава
- Эндопротезирование тазобедренного сустава
- Артропластика коленного сустава
- Эндопротезирование коленного сустава
- Артропластика плечевого сустава
- Артропластика локтевого сустава
- Менискэктомия
- Ампутация конечности
- Ампутация пальца
- Пластика сухожилий
- Артроскопия

г. Операция на глазах:

- Экстирпация пораженной роговицы;
- Кератопластика;
- Сетчатка и другие части глаза;
- Операции на стекловидном теле;
- Фотокоагуляция сетчатки при отслоении;
- Коагуляция сетчатки.

д. Гинекологическая хирургия, Мочевыделение, Урология:

- Хирургическое лечение при лейомиоме матки
- Хирургическое лечение при эндометриозе
- Хирургическое лечение при цистоцеле и ректоцеле
- Хирургическое лечение при дисплазии
- Нефрэктомия (частичная)
- Нефрэктомия (полная)
- TVT

- Частичная цистэктомия
- Простатэктомия
- Эпидидимэктомия
- Орхиэктомия
- Оофоректомия

4.1.3. Организация Трансплантации костного мозга — организация и оплата расходов на Трансплантацию костного мозга при возникновении у Застрахованного лица медицинского состояния, требующего его проведения согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста, одобренному Страховщиком (Сервисным центром Страховщика), о том, что Застрахованное лицо страдало от заболевания или что оно было диагностировано или что о нем стало известно Застрахованному лицу впервые в течение периода действия Договора страхования. При этом событие будет признано Страховым случаем при одновременном наличии следующих условий:

- 1) Два Врача-специалиста в соответствующей области медицины определяют необходимость Трансплантации костного мозга на основании принятых медицинских критериев.
- 2) Трансплантация костного мозга будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация.
- 3) Трансплантация костного мозга не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включают лечение стволовыми клетками.
- 4) Трансплантация костного мозга будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация.
- 5) Появился орган, подходящий для Трансплантации Застрахованному лицу, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах лимитов, указанных в настоящих Полисных условиях.

По риску «Организация Трансплантации костного мозга» каждая Трансплантация костного мозга в течение периода действия Договора страхования считается отдельным страховым случаем и обязательство Страховщика ограничено страховой суммой по данному риску в каждом Полисном году.

В течение всего периода действия Договора страхования с учетом возобновления его на новый период обязательство Страховщика по Организации Трансплантации костного мозга ограничено 5 (пятью) случаями пересадки костного мозга. После исчерпания данного лимита пересадок Договор страхования не подлежит возобновлению на новый период страхования (срок) по страховому риску «Организация Трансплантации костного мозга».

4.1.4. Первичная диагностика — организация и оплата на основании направления, выданного Врачом-специалистом, первичного медицинского диагностического обследования, связанного с Заболеванием, относящимся к следующим медицинским сферам: онкология, кардиология, нейрохирургия и неврология, ортопедия, гинекология, урология, гематология, офтальмология, подозрение на которые установлено впервые в период действия в отношении Застрахованного лица Договора страхования.

4.2. По Страховым рискам «Организация лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования» (п. 4.1.1 Полисных условий), Организация Плановой хирургической операции (п. 4.1.2 Полисных условий) Страховщик с привлечением при необходимости Сервисного центра Страховщика организует и оплачивает следующие услуги при наступлении Страхового случая:

4.2.1. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:

- осмотры Врачами, в том числе Врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах Страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору страховщика;
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая сто-

имость имплантатов на сумму не более 1 500 000 (один миллион пятьсот тысяч) рублей в один Полисный год на один Страховой случай;

- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении;
- удаленная психологическая помощь Застрахованному лицу или его близким.

4.2.2. В случае лечения за границей — оплата билета эконом-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в Медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Выбор Медицинского учреждения производится Страховщиком (Сервисным центром Страховщика).

4.2.3. В случае лечения за границей — проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица.

Выбор отеля производится Страховщиком (Сервисным центром Страховщика) с учетом доступности и близости к Медицинскому учреждению или лечащему Врачу.

4.2.4. В случае лечения за границей - транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

4.2.5. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящих Полисных условий: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

4.2.6. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного лица и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает само Застрахованное лицо.

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

4.3. По страховому риску «Организация Трансплантации костного мозга» (п. 4.1.3 Полисных условий) Страховщик с привлечением при необходимости Сервисного центра Страховщика организует и оплачивает Медицинскому учреждению следующие услуги при наступлении Страхового случая на нижеизложенных условиях:

4.3.1. Страховщиком осуществляется оплата или компенсация, с учетом подпункта 4.6.2. Полисных условий, следующих фактически понесенных расходов на Трансплантацию костного мозга:

- 1) Расходы на медицинское обследование и лечение, предоставленное Застрахованному лицу при госпитализации в согласованную больницу, в которой была проведена Трансплантация костного мозга, или на медицинское лечение, в соответствии с данной Программой страхования.
- 2) Оплата персоналу Врача-хирурга по договору, и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации костного мозга или на медицинское лечение, в соответствии с данной Программой страхования.
- 3) Оплата госпитализации в согласованной больнице до 30 (тридцати) дней перед выполнением Трансплантации костного мозга или за медицинское лечение, в соответствии с объемом услуг по Программе страхования, до 335 дней после выполнения Трансплантации костного мозга, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы лекарства во время госпитализации.
- 4) Расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного лица в страну его проживания, в случае его смерти во время его пребывания на лечении — лимит ответственности Страховщика составляет 700 000 (семьсот тысяч) рублей.
- 5) Сопутствующие расходы, указанные ниже:
 - a) расходы на поиск органа для Трансплантации костного мозга, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантация — лимит ответственности Страховщика составляет 2 500 000 (два миллиона пятьсот тысяч) рублей в один Полисный год;
 - b) расходы на поездку и возвращение домой — возмещается стоимость авиабилета эконом класса в оба конца для Застрахованного лица и одного сопровождающего, или, если Застрахованное лицо является Ребенком — 2 (двух) сопровождающих — лимит ответственности Страховщика составляет 500 000 (пятьсот тысяч) рублей в один Полисный год;
 - c) расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованное лицо не в состо-

янии, по мнению Врача Страховщика и/или Сервисного центра Страховщика, из-за медицинских причин, лететь обычным коммерческим рейсом — лимит ответственности Страховщика составляет 2 500 000 (два миллиона пятьсот тысяч) рублей в один Полисный год;

d) расходы на проживание в стране лечения, необходимые для этой цели, для Застрахованного лица и одного сопровождающего — лимит ответственности Страховщика составляет 2 500 000 (два миллиона пятьсот тысяч) рублей в один Полисный год;

e) расходы на доставку Врача-специалиста в страну Застрахованного лица, для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, — лимит ответственности Страховщика составляет 12 000 000 (двенадцать миллионов) рублей в один Полисный год;

f) расходы на удаленную психологическую помощь Застрахованному лицу или его близким;

g) расходы на помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного лица и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает само Застрахованное лицо;

h) расходы на услуги устного и письменного перевода для Застрахованного лица в выбранном Медицинском учреждении на период лечения.

4.3.2. Трансплантация костного мозга осуществляется в Медицинском учреждении, согласованном Страховщиком (Сервисным центром Страховщика), с которым у Страховщика (Сервисного центра Страховщика) существуют соответствующие договорные отношения. При этом компенсация Страховщиком понесенных расходов производится с учетом лимитов, указанных в пп. 4, 5 п. 4.3.1 Полисных условий.

4.4. По страховому риску «Первичная диагностика» (п. 4.1.4 Полисных условий) Страховщик с привлечением при необходимости Сервисного центра Страховщика организует и оплачивает следующие диагностические проверки и обследования:

4.4.1. Инструментальные исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования — лимит ответственности Страховщика составляет 80 000 (восемьдесят тысяч) рублей на Застрахованное лицо в один Полисный год.

4.4.2. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования, цитологические, генетические, гистологические исследования — лимит ответственности Страховщика составляет 40 000 (сорок тысяч) рублей на Застрахованное лицо в один Полисный год.

4.4.3. Дистанционный пересмотр патоморфологического исследования международным специалистом — лимит ответственности Страховщика составляет 35 000 (тридцать пять тысяч) рублей на Застрахованное лицо в Полисный год.

4.4.4. До 3-х (трех) консультаций врача общей практики и/или Врача-специалиста — лимит ответственности Страховщика составляет 80 000 (восемьдесят тысяч) рублей на Застрахованное лицо в Полисный год.

4.4.5. Второе Экспертное Медицинское Мнение с Врачом-специалистом за пределами Российской Федерации, по выбору Страховщика, 1 (один) раз в Полисный год на сумму до 65 000 (шестьдесят пять тысяч) рублей на Застрахованное лицо в Полисный год, включая расходы на перевод документов. ВЭММ предоставляется в одной из следующих областей медицины: онкология, неврология, нефрология, ортопедия, кардиология; в виде письменного заключения Врача на русском языке в течение 14 (четырнадцать) рабочих дней с даты предоставления Застрахованным лицом полного комплекта медицинской документации, а именно:

— документов лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста (медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, медицинская карта).

— результатов/заключений лабораторных и инструментальных методов исследований.

4.4.6. Удаленная психологическая помощь Застрахованному лицу или его близким.

4.5. В случае истечения периода действия Договора страхования при незавершенном оказании Медицинских услуг подлежат оплате те Медицинские услуги в рамках стационара, которые были оказаны и счет за которые был

выставлен в течение 30 (тридцати) дней с даты истечения периода действия Договора страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение периода действия Договора страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцати) последовательных дней после истечения периода действия Договора страхования.

4.6. Организация предоставления и оплаты Страховщиком Медицинских и иных услуг по Страховым случаям, предусмотренным настоящими Полисными условиями, осуществляется в Медицинских и иных учреждениях, выбранных Страховщиком/Сервисным центром Страховщика, с которыми у Страховщика/Сервисного центра Страховщика существуют соответствующие договорные отношения.

4.6.1. Медицинские и иные услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу Медицинским и иным учреждением, с которым отсутствуют соответствующие договорные отношения у Страховщика/Сервисного центра Страховщика, при условии предварительного согласования Страховщиком/Сервисным центром Страховщика получения Медицинских и иных услуг в таком учреждении.

4.6.2. В случае самостоятельного получения Застрахованным лицом Медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Полисными условиями, без участия Страховщика/Сервисного центра Страховщика, расходы на такие услуги возмещаются Страховщиком в случае признания Страховщиком события Страховым случаем и с применением безусловной Франшизы в размере 30 % от стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг, оплата которых предусмотрена Полисными условиями, Договором страхования.

5/ ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. Событие не признается страховым случаем, если наступление данного события вызвано причинами, установленными в разделах 5 и 6 Полисных условий.

5.2. Не признаются Страховым случаем, и Страховщик не оплачивает или не организует и не производит оплату следующих медицинских и иных услуг:

5.2.1. Медицинские услуги, оказанные по поводу заболеваний и состояний, не предусмотренных настоящими Полисными условиями, или медицинские и иные услуги, не указанные в разделе 4 настоящих Полисных условий.

5.2.2. Медицинские и иные услуги, оказанные вне периода действия Договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящими Полисными условиями.

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

5.2.4. Медицинские и иные услуги, оказанные в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному лицу до даты начала действия Договора страхования, а также в тех случаях, если лечение, предусмотренное настоящими Полисными условиями, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования.

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

5.2.6. Психиририя.

5.2.7. Лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки.

5.2.8. Лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

5.2.9. Хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:

5.2.9.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящими Полисными условиями;

5.2.9.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;

5.2.9.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

5.2.9.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

5.2.9.5. если трансплантация органов, которая включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга).

5.2.10. Услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем).

5.2.11. Услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

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

5.2.13. Медицинские и иные услуги, не включенные в список оплачиваемых в соответствии с Полисными условиями, Договором страхования.

5.2.14. Медицинские и иные услуги, не назначенные Застрахованному лицу лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения соответствующего заболевания, состояния.

5.2.15. Услуги, полученные лицом, не являющимся Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Полисными условиями.

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

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

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

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

5.2.20. Медицинские и иные услуги в связи с расстройством, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне.

5.2.21. Медицинские и иные услуги в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованным лицом следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт.

5.2.22. Медицинские и иные услуги в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах.

5.2.23. Медицинские и иные услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

5.2.24. Медицинские и иные услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта.

5.2.25. Медицинские и иные услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства; причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения.

6/ ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ОБЯЗАННОСТИ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

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

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

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

6.1.3. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

6.1.4. умысла Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя;

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

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

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

7/ СТРАХОВАЯ СУММА

7.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования на каждый год страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон и равна:

— по Страховым рискам «Организация лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования» (п. 4.1.1 Полисных условий), «Организация Плановой хирургической операции» (п. 4.1.2 Полисных условий) — 10 000 000 (десять миллионов) рублей в один Полисный год.

— по Страховому риску «Организация Трансплантации костного мозга» (п. 4.1.3 Полисных условий) — 50 000 000 (пятьдесят миллионов) рублей в один Полисный год.

— по Страховому риску «Первичная диагностика» (п. 4.1.4 Полисных условий) — 300 000 (триста тысяч) рублей в один Полисный год.

7.2. Страховая сумма по настоящим Полисным условиям является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало периода действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, выплаченного Страховщиком в период действия Договора страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования по соответствующему Страховому риску (рискам) в текущем Полисном году считаются исполненными. При этом обновление Страховой суммы на новый Полисный год происходит при условии своевременной оплаты Страховой премии за следующий Полисный год.

ВАЖНО: это означает, что если, например, по риску «Первичная диагностика» оказаны медицинские услуги на сумму 100 000 рублей, то в течение оставшегося периода страхования лечение по этому риску может быть оплачено на сумму не более 200 000 рублей.

8/ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ.

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

8.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно в рублях Российской Федерации в размере и сроки, установленные Договором страхования.

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

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. Изменения условий страхования в связи с пересчетом размера Страховой премии, как это предусмотрено пунктами 9.8.1-9.8.6 Полисных условий, вступают в силу с даты возобновления Договора страхования (если применимо). В случае если Страхователь не осуществит оплату дополнительной Страховой премии в срок, установленный Страховщиком на оплату дополнительной Страховой премии, Договор страхования прекращает свое действие.

9/ ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПЕРИОД (СРОК) ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения, пол;
- данные документа, подтверждающего личность;
- а также иные сведения, необходимые Страховщику и предусмотренные формой Договора страхования (Страховым сертификатом).

9.2. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или 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. Письменное заявление на страхование является неотъемлемой частью Договора страхования.

9.3. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

9.3.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами (в том числе на основании письменного заявления Страхователя). Таким документом является Договор страхования (Страховой сертификат) по установленной Страховщиком форме;

9.3.2. путем акцепта Страхователем оферты Страховщика. При этом Страховщик адресует Страхователю оферту (Страховой сертификат) с целью заключения Договора страхования в письменном виде путем направления Страхователю оферты Страховщика по адресу электронной почты, сообщенному Страхователем. Оплата Страховой премии 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.

9.3.3. 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 (или 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.

9.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, он заключается на срок, равный 1 календарному году (12 месяцев) с даты вступления в силу Договора страхования, с возможностью пролонгации на каждый последующий календарный год (12 месяцев) в соответствии с настоящими Полисными условиями.

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

9.6. При заключении Договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (Страхового риска), если эти обстоятельства неизвестны и объективно не могли быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Страхового

сертификата. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь/Застрахованное лицо сообщил заведомо ложные сведения о таких обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

9.7. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем его заключения, при условии получения Страховщиком премии в полном объеме. При этом Страхователь имеет право воспользоваться Периодом свободного ознакомления, который составляет 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования, и отказаться от Договора страхования с возвратом уплаченной Страхователем Страховой премии в полном объёме.

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

При автоматическом возобновлении Договора страхования размер Страховой премии на новый период действия Договора страхования (12 месяцев) равен размеру Страховой премии за первый период действия Договорам страхования. Автоматическое возобновление Договора страхования может осуществляться неограниченное количество раз с учетом положений п. п. 9.8.1–9.8.6 настоящих Полисных условий.

9.8.1. В случае невозможности автоматического возобновления Договора страхования на прежних условиях Страховщик, не позднее 30 (тридцати) календарных дней до даты окончания текущего срока действия Договора страхования, уведомляет Страхователя о намерении возобновить Договор страхования на новых условиях путем направления Страхователю нового Страхового сертификата с указанием Страховой суммы, Страховой премии, объема страхования и других существенных условий на следующий срок действия Договора страхования. Страховщик вправе направить Страховой сертификат Страхователю любым доступным средством связи по контактам Страхователя, указанным в Договоре страхования. При этом Страховая премия по Договору страхования может быть пересчитана (скорректирована) в случае изменения следующих условий Договора страхования:

9.8.1.1. изменение размера Страховой суммы по Договору страхования;

9.8.1.2. изменение объема страхования (в том числе, но не ограничиваясь, перечня Медицинских услуг в пределах объема страхования, указанного в настоящих Полисных условиях, и (или) Договоре страхования);

9.8.1.3. увеличение/уменьшение степени риска по Договору страхования (в том числе рост убыточности);

9.8.1.4. достижение Застрахованным лицом 18-летнего (восемнадцатилетнего) возраста;

9.8.1.5. изменение цен на Медицинские услуги и иные, связанные с ними услуги, либо значительное изменение курса евро, доллара США по отношению к российскому рублю;

9.8.1.6. иные условия, влияющие на размер Страховой премии.

9.8.2. При наличии желания и в подтверждение своего согласия возобновить Договор страхования на новый срок на условиях, предложенных Страховщиком в Страховом сертификате, как указано в п. 9.8.1 настоящих Полисных условий, Страхователь оплачивает Страховую премию в размере, указанном в Страховом сертификате, полученном от Страховщика, не позднее даты окончания текущего срока действия Договора страхования. В случае непоступления Страховой премии от Страхователя в указанном в Страховом сертификате размере и в указанный срок на банковский счет Страховщика действующий Договор страхования считается прекращенным с даты окончания текущего периода действия Договора страхования, а Страховой сертификат на следующий период действия Договора страхования считается недействительным.

9.8.3. В случае, предусмотренном в п. 9.8.1 настоящих Полисных условий, подтверждением соглашения Сторон в отношении Страховой суммы, Страховой премии, а также иных существенных условий, на которых возобновляется Договор страхования на новый срок, является Страховой сертификат на очередной срок

действия Договора страхования, направление данного Страхового сертификата Страховщиком Страхователю и оплата Страхователем Страховой премии. При этом оплата Страховой премии за новый срок страхования является подтверждением вручения Страхователю Страхового сертификата и согласия Страхователя со всеми условиями возобновления Договора страхования.

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

9.8.5. В случае невозможности возобновления Договора страхования ни на каких условиях Страховщик, не позднее 30 (тридцати) календарных дней до даты окончания текущего периода действия Договора страхования уведомляет Страхователя о невозможности возобновления Договора страхования.

9.8.6. Если в период действия Договора страхования наступил страховой случай по страховому риску «Организация лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования», Договор страхования может быть автоматически продлен на прежних условиях только на 12 (двенадцать) месяцев, следующих за истечением периода действия Договора страхования, в котором произошло наступление Страхового случая. Продление Договора страхования на иной, более длительный срок, возможно исключительно по соглашению между Страховщиком и Страхователем.

9.9. Все данные о Страхователе (Застрахованном лице), которые стали известны Страховщику из любого доступного официального источника в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях исполнения Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено Договором страхования или законодательством Российской Федерации.

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

9.11. Действие Договора страхования прекращается в случае:

9.11.1. Истечения периода действия Договора страхования.

9.11.2. По требованию Страхователя — в любое время в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

9.11.4. По соглашению Сторон — в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

9.11.6. По требованию Страхователя — в Период свободного ознакомления при условии подачи Страхователем заявления о об отказе от Договора страхования до момента истечения Периода свободного ознакомления.

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

9.12. При досрочном прекращении действия Договора, за исключением случаев расторжения, указанных в п. 9.11.3. и 9.11.5. (в той мере, в какой применимо) настоящих Полисных условий, уплаченная Страховая премия возврату не подлежит, если Договором страхования не предусмотрено иное.

9.13. В случае, предусмотренном в п. 9.11.3. настоящих Полисных условий (но только, если смерть Страхователя/Застрахованного лица наступила до истечения периода действия Договора страхования и по причинам, не предусмотренным Договором страхования в качестве Страхового случая), законным наследникам Страхователя на основании их заявления возвращается часть уплаченной Страховой премии, пропорциональная неистекшему периоду действия Договора страхования. Страховая выплата при этом не производится.

9.14. В случае отказа от Договора страхования в соответствии с п. 9.11.6. настоящих Полисных условий денежные средства, перечисленные Страхователем в счет уплаты Страховой премии, подлежат возврату Страхователю в полном объеме по письменному заявлению Страхователя.

9.15. Создание и отправка Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме, а именно:

— заявления об изменении Договора страхования,

— заявления о досрочном прекращении Договора страхования,

— уведомления о наступлении страхового случая,

— заявления об осуществлении страховой выплаты с приложением к нему соответствующих документов, предусмотренных Полисными условиями, может осуществляться с использованием Сайта Страховщика, а также официального сайта страхового агента/страхового брокера в сети Интернет, и (или) с использованием мобильных приложений Страховщика, страхового агента/брокера, осуществляющих автоматизированные создание и отправка информации в информационную систему Страховщика, путем заполнения на указанных сайтах и (или) мобильных приложениях соответствующих форм заявлений.

При этом при получении от Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информации в электронной форме с использованием указанных сайтов, мобильных приложений Страховщик оставляет за собой право потребовать от Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) предоставления оригинала соответствующего письменного заявления, в том числе в случае наличия сомнений в достоверности поступившей информации и (или) в личности лица, направившего информацию.

10/ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик обязан:

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

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

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

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

10.1.5. Не разглашать медицинскую информацию, полученную в связи с заключением или исполнением Договора страхования, за исключением случаев, когда возникает необходимость передачи Сервисному центру Страховщика, перестраховщику или другому страховщику медицинских данных по Застрахованному лицу для организации оказания Медицинских и иных услуг в рамках Договора страхования, оценки степени риска и для оформления договора перестрахования, сострахования и т. д.

10.1.6. 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;

10.2. Страхователь обязан:

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

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

10.2.3. 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;

10.2.4. Ежегодно обновлять информацию о Страхователе (Выгодоприобретателе, Застрахованном лице) путем заполнения и направления в адрес Страховщика заявления об изменении данных по форме, размещенной на сайте Страховщика в сети Интернет, или иным доступным способом. Заявление об изменении данных не заполняется, если за прошедший Полисный год данные о Страхователе, Выгодоприобретателе, Застрахованном лице не изменились;

10.2.5. Исполнять требования телекоммуникационной сети Интернет в случае заключения Договора страхования с использованием сайта Страховщика или партнера Страховщика;

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

10.3. Страховщик имеет право:

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

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

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

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

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

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

10.4. Страхователь имеет право:

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

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

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

10.4.4. На получение Страховой выплаты в соответствии с условиями, указанными в Полисных условиях и Договоре страхования;

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

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

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

11.1. При наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признании его Страховым случаем Страховщик осуществляет Страховую выплату в соответствии с настоящими Полисными условиями и Договором страхования.

11.2. Размер Страховой выплаты не может превышать размер Страховой суммы с учетом предусмотренных настоящими Полисными условиями лимитов ответственности Страховщика и франшизы.

11.3. Предоставление лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования, Проведения хирургической операции, Трансплантации костного мозга, Первичной диагностики, как данные риски определены в разделе 4 настоящих Полисных условий, производится:

1) путем обращения Застрахованного лица по контактному телефону Страховщика в целях выбора Медицинского учреждения из предложенного Страховщиком или Сервисным центром Страховщика перечня Медицинских учреждений для организации лечения.

Страховщик/Сервисный центр Страховщика обязуется организовать Медицинские услуги в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней после признания заявленного события Страховым случаем. Решение о том, является ли заявленное событие Страховым случаем, Страховщик принимает в течение 6 (шести) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, предусмотренных п. 11.9 — 11.13 настоящих Полисных условий.

2) путем обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение, если организация лечения проходит без участия Страховщика/Сервисного центра Страховщика, в том числе в случаях, когда Страховщик/Сервисный центр Страховщика был проинформирован о таком лечении, с дальнейшим осуществлением Страховщиком Страховой выплаты Застрахованному лицу в размере понесенных им расходов на лечение, предусмотренное Полисными условиями, Договором страхования. При этом в отношении Страховой выплаты при обращении Застрахованного лица в Медицинское учреждение, если организация лечения проходит без участия Страховщика, применяется соответствующая Франшиза, указанная в настоящих Полисных условиях и (или) Договоре страхования.

11.4. Оплата стоимости услуг, оказанных Медицинским учреждением, (пп. 1 п. 11.3 Полисных условий) производится Страховщиком либо по его поручению Сервисным центром Страховщика, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг в пределах Страховой суммы, установленной по Договору страхования, с учетом предусмотренных настоящими Полисными условиями лимитов ответственности Страховщика, путем перечисления денежных средств в сроки, согласованные Договором с Медицинским учреждением/Сервисным центром, на счет соответствующего Медицинского учреждения/Сервисного центра (организатора) для последующего перечисления в Медицинское учреждение.

11.5. Страховщик или Сервисный центр Страховщика вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу Медицинских услуг их перечню, предусмотренному Полисными условиями.

11.6. Для оплаты (компенсации) понесенных Застрахованным лицом расходов на Медицинские и иные услуги, предусмотренные Полисными условиями, (пп. 2 п. 11.3 Полисных условий) Застрахованное лицо обязано представить Страховщику документы, указанные в п. п. 11.9-11.13. настоящих Полисных условий, а также: заявление на страховую выплату установленного Страховщиком образца; счет/счета Медицинского учреждения, подтверждающий(ие) факт оказания Застрахованному лицу Медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Полисными условиями, и документы, подтверждающие оплату Медицинских и иных услуг.

Неисполнение указанной обязанности влечет за собой невозможность признания события Страховым случаем и, как следствие, отказ Страховщика в Страховой выплате.

11.6.1. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты вынесения Страховщиком решения о признании события Страховым случаем и осуществлении Страховой выплаты. Решение о признании события Страховым случаем Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты представления Страховщику последнего из необходимых документов, указанных в п. п. 11.6, 11.9 — 11.13 настоящих Полисных условий, и оформляет Страховым актом.

11.6.2. Решение об отказе в признании события Страховым случаем и (или) об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты представления Страховщику последнего из необходимых документов, указанных в п. п. 11.6, 11.9 — 11.13 настоящих Полисных условий, и направляет его Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю, заинтересованному лицу) в течение 3 (трех) рабочих дней с даты принятия.

11.6.3. В случае недостаточности представленных Страховщику документов для принятия решения о признании события Страховым случаем и (или) об осуществлении Страховой выплаты либо предоставления ненадлежащим образом оформленных документов Страховщик уведомляет об этом заявителя в срок не позднее 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты поступления документов.

11.6.4. 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 в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней письменное уведомление с указанием причины отсрочки в принятии решения о Страховой выплате.

11.7. По всем вопросам, возникающим в ходе исполнения Договора страхования, Застрахованное лицо (или заинтересованные лица в случае необходимости организации Репатриации) вправе обращаться по контактному телефону Сервисного центра Страховщика.

11.8. Территория действия Договора страхования и оказания услуг:

11.8.1. Территория оказания услуг по Страховым рискам «Организация лечения на случай диагностирования Злокачественного новообразования» и «Организация Плановой хирургической операции» при организации лечения — Российская Федерация.

При этом если лечение (традиционное медицинское лечение, одобренное всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится), не доступно на территории РФ и, если оно не будет выполнено в ближайшем будущем (до 4 недель), для Застрахованного лица будет существовать реальная опасность смерти, и за рубежом существует медицинский институт, который готов провести лечение для Застрахованного лица в соответствии с условиями Договора страхования, то лечение может быть проведено в Израиле, если лечение недоступно в Израиле, то лечение будет в Южной Корее. Если лечение недоступно в Южной Корее, тогда лечение должно быть организовано в Европе (за исключением Швейцарии).

11.8.2. Территория оказания услуг по Страховому риску «Организация Трансплантации костного мозга» — весь мир.

11.8.3. Территория оказания услуг по риску «Первичная диагностика» — Российская Федерация.

11.9. Для организации лечения Злокачественного новообразования Страховщику или Сервисному центру Страховщика должны быть предоставлены следующие документы:

11.9.1. договор страхования (Страховой сертификат) (копия);

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

11.9.3. документы, подтверждающие статус Законного представителя Застрахованного Ребенка — свидетельство о рождении Ребенка, свидетельство об усыновлении (удочерении), акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя) (копия);

11.9.4. медицинское заключение о диагностировании Злокачественного новообразования с указанием даты постановки диагноза, направление на лечение (при наличии) (копия, заверенная нотариально либо выдавшим учреждением);

11.9.5. официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, копия медицинской карты) (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо выдавшим учреждением), подтверждающие факт первичного диагностирования Злокачественного новообразования и историю заболевания;

11.9.6. заявление на организацию лечения установленного Страховщиком образца.

11.10. Для организации Проведения хирургической операции Страховщику или Сервисному центру Страховщика должны быть предоставлены следующие документы:

11.10.1. договор страхования (Страховой сертификат) (копия);

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

11.10.3. документы, подтверждающие статус Законного представителя Застрахованного Ребенка — свидетельство о рождении Ребенка, свидетельство об усыновлении (удочерении), акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя) (копия);

11.10.4. медицинское заключение о диагностировании заболевания, с указанием даты постановки диагноза, направление на оперативное лечение (копия, заверенная нотариально либо выдавшим учреждением);

11.10.5. официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории болезни, эпикриз, копия медицинской карты) (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо выдавшим учреждением), подтверждающие факт первичного диагностирования заболевания и историю заболевания;

11.10.6. заявление на организацию лечения установленного Страховщиком образца.

11.11. Для организации лечения по Трансплантации костного мозга Страховщику или Сервисному центру Страховщика должны быть предоставлены следующие документы:

11.11.1. договор страхования (Страховой сертификат) (копия);

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

11.11.3. документы, подтверждающие статус Законного представителя Застрахованного Ребенка — свидетельство о рождении Ребенка, свидетельство об усыновлении (удочерении), акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя) (копия);

11.11.4. медицинское заключение о диагностировании заболевания, с указанием даты постановки диагноза, направление на оперативное лечение по Трансплантации костного мозга (копия, заверенная нотариально либо выдавшим учреждением);

11.11.5. официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории болезни, эпикриз, копия медицинской карты) (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо выдавшим учреждением), подтверждающие факт первичного диагностирования заболевания и историю заболевания;

11.11.6. заявление на организацию лечения установленного Страховщиком образца.

11.12. Для организации проведения Первичной диагностики Страховщику или Сервисному центру Страховщика должны быть предоставлены следующие документы:

11.12.1. договор страхования (Страховой сертификат) (копия);

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

11.12.3. документы, подтверждающие статус Законного представителя Застрахованного Ребенка — свидетельство о рождении Ребенка, свидетельство об усыновлении (удочерении), акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя) (копия);

11.12.4. Направление, выданное Врачом специалистом на первичное медицинское диагностическое обследование (копия)

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

11.13.1. копия медицинской карты стационарного больного либо полная выписка из нее с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации), а также, в случае проведения обследований и манипуляций, полные данные с их результатами (в том числе результаты рентгенографического обследования (снимки с описанием), протокол хирургического вмешательства и т.д.);

11.13.2. выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованное лицо обращалось в рамках добровольного медицинского страхования (на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования);

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

11.13.4. результаты проведенных диагностических исследований (в т. ч. результаты гистологии, цитологии);

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

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

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

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

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

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

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

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

11.13.13. данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращалось Застрахованное Лицо, в течение 5 (пяти) лет до заключения Договора страхования;

11.13.14. данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращалось Застрахованное Лицо, за период в течение 5 (пяти) лет до заключения Договора страхования;

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

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

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

11.14. 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.

11.15. При первичном обращении Застрахованного лица в целях организации лечения Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику документы,

указанные в п. п. 11.9 — 11.13 Полисных условий. Настоящий список документов может быть сокращен Страховщиком в одностороннем порядке в зависимости от характера наступившего Страхового случая, при этом окончательный перечень необходимых документов сообщается Застрахованному лицу при обращении к Страховщику или в Сервисный центр Страховщика.

11.16. Все документы, предусмотренные в п. п. 11.6, 11.9 — 11.13 Полисных условий и предоставляемые Страховщику в связи с обращением за Страховой выплатой, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный, если применимо) перевод на русский язык. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка Врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о Страховой выплате до предоставления документов надлежащего качества.

11.17. Документы для решения вопроса о признании случая страховым должны быть предоставлены в виде оригиналов либо надлежащим образом заверенных копий (копий, заверенных печатью выдавшего учреждения, подписью уполномоченного лица либо нотариально), если иная форма документа прямо не предусмотрена в п. п. 11.6, 11.9 — 11.13 Полисных условий.

11.18. 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.

12/ УПЛАТА НАЛОГОВ

12.1. Суммы налогов, подлежащие оплате в связи с заключением и исполнением Договора страхования, оплачиваются в порядке и сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

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.