

УТВЕРЖДЕНО
Приказом ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни»
от «12» декабря 2019 г. № 1550п

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН
ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ № 15**

12 декабря 2019 г.

г. Москва, 2019 год

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.
5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ.
6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ.
7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВНЕСЕНИЕ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ
8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА.
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.
10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ.
11. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.
12. ПРИЛОЖЕНИЯ.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Общие положения

В соответствии с законодательством РФ и на основании настоящих Правил ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (далее по тексту - Страховщик) заключает Договоры добровольного медицинского страхования граждан на случай критических заболеваний, перечисленных в Договоре страхования (далее по тексту - Договор страхования), в рамках которых организует предоставление и оплату Медицинских и/или Иных услуг Застрахованным в соответствии с Перечнем Медицинских и/или Иных услуг, указанном в соответствующем разделе Правил и предусмотренных конкретными Договором страхования, Вариантом и Программой страхования, на территории Российской Федерации и/или за ее пределами. Настоящие Правила предназначены для определения содержания Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

1.2. Определения

В правилах используются следующие определения:

Альтернативная медицина - система, практика и услуги в медицине и здравоохранении, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним относятся в том числе акупунктура, методы биоэлектромагнитного воздействия, диеты, пищевые добавки, фитотерапия и методики здорового образа жизни, методы управления телом и эмоциями, методы лечения с использованием рук (мануальная терапия, остеопатия, постизометрическая релаксация, различные виды массажа), ароматерапия, гомеопатия, натуропатия, биологические и фармакологические средства, мезотерапия, психопунктура, астрология, биоритмология, терапия прошлых жизней, терапия сновидениями, фэн-шуй и прочие подобные.

Болезнь (заболевание) - впервые выявленное (диагностированное) в период действия Договора страхования квалифицированным Врачом-специалистом на основании объективных симптомов любое нарушение нормальной жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем, приведшее к временной или постоянной нетрудоспособности либо смерти Застрахованного.

Валюта Договора - Валюта, в которой установлена страховая сумма по Договору страхования.

Врач-специалист - физическое лицо, не являющееся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного (Страхователя), имеющее оконченное высшее медицинское образование, соответствующее по квалификации оказываемым им услугам, работающее в медицинском учреждении и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, и имеющее необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести заключение.

Второе экспертное медицинское мнение - повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенное назначенным по выбору Страховщика Врачом-специалистом «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного.

Дата диагностирования заболевания - дата установления медицинским специалистом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза заболевания, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного.

Договор страхования (страховой полис) - соглашение между Страховщиком и Страхователем, по условиям которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) в случае наступления предусмотренного Договором страхования страхового случая произвести страховую выплату.

Злокачественное новообразование - любое злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае

системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами.

Не являются страховым случаем:

- Злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.
- Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.
- Заболевания кожи следующих типов:
 - o Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - o Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.
- Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ), являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).
- Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.
- Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз.
- Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний.

История болезни - медицинская информация, содержащая, в том числе, Первое медицинское мнение.

Медицинская информация - информация, представленная Застрахованным лицом, в том числе заключение врача («Первое медицинское мнение») и любые медицинские документы, относящиеся к состоянию здоровья Застрахованного и затребованные исполнителем услуги «Второе экспертное медицинское мнение», на его собственное усмотрение и в соответствии с его решением с целью составления Второго экспертного медицинского мнения (например, результаты рентгеноскопии, биопсии, анализов крови и мочи, анализов функций печени, ЭКГ, радиологических или ультразвуковых обследований, катетеризации и т. п.).

Иные услуги - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Договор страхования, в том числе: сервисные услуги; питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; медико-транспортные и транспортные услуги; услуги по размещению в гостинице; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и др.

Медико-транспортные услуги:

- **Услуги, связанные с транспортировкой:**

- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до профильного медицинского учреждения на территории РФ и/или за рубежом;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ и/или за рубежом по медицинским причинам (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного профильного медицинского учреждения на территории РФ и/или за рубежом.

- **Услуги, связанные с репатриацией:**

- услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством, включая при необходимости медицинский персонал и оборудование (в зависимости от определенных в Договоре страхования условий):

- для иностранных граждан – до транспортного узла, ближайшего к месту проживания Застрахованного или до врача, больницы, ближайшей к аэропорту места проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного либо
- до ближайшего транспортного узла на территории Российской Федерации, имеющего международное сообщение со страной постоянного проживания Застрахованного, либо
- в страну постоянного проживания при заболеваниях/состояниях, требующих сопровождения квалифицированным медицинским персоналом, с применением методов непрерывного интенсивного наблюдения и аппаратного управления жизненно-важными функциями организма, из места пребывания адекватным состоянию здоровья транспортным средством до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного.
- для граждан РФ - транспортировка Застрахованного лица из страны пребывания на территорию РФ адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшего медицинского учреждения для получения медицинской помощи (в зависимости от определенных в Договоре страхования условий);
- останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания останков Застрахованного или до транспортного узла на территории Российской Федерации, имеющего международное сообщение со страной постоянного проживания Застрахованного.

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболеваний и их лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Медицинские учреждения - имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, получившие лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном порядке или иной установленный соответствующим законодательством документ, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Место постоянного проживания - место жительства в пределах административной границы населенного пункта, а также территория в пределах 100 км от административной границы населенного пункта, в котором Застрахованный постоянно или преимущественно проживает на законных основаниях или осуществляет трудовую деятельность не менее 180 дней в течение 12 месяцев, предшествовавших страховому случаю.

Лекарственные препараты - любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту Врача-специалиста у лицензированного фармацевта.

Несчастный случай - внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определено, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, и произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного / Страхователя. Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний, инфаркты и инсульты.

Первое медицинское мнение - заключение о состоянии здоровья Застрахованного, данное Врачом-специалистом. Наличие «Первого медицинского мнения» в Истории болезни Застрахованного является необходимым условием передачи его Истории болезни для получения Второго экспертного медицинского мнения в соответствии с условиями Договора страхования.

Период охлаждения - период времени, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии в полном объеме, при условии,

что на дату отказа от Договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. Устанавливается в Договоре страхования и составляет не менее 14 календарных дней.

Предшествующее состояние - любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное или проявившееся связанными задокументированными в медицинских материалах симптомами в течение 10 лет до даты вступления в силу Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

Сервисная компания - российская или зарубежная компания, имеющая Договор со Страховщиком, в соответствии с которым она организует круглосуточно Медицинские и/или Другие услуги Застрахованным, предусмотренные Правилами, Вариантом/Программой страхования и/или Договором страхования.

Сопровождающее лицо - лицо, сопровождающее Застрахованного до места лечения и обратно. Присутствие Сопровождающего лица должно быть предписано врачом Сервисной компании/Страховщика и согласовано Сервисной компаний/Страховщиком.

Срок страхования - период времени при реализации страхового риска/страхового случая, в течение которого и при последующем признании события Страховым случаем в соответствии с условиями Договора страхования у Страховщика возникает обязанность осуществить Страховую выплату. Срок страхования устанавливается Договором страхования.

Страхование в эквиваленте - установление страховой суммы в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. Страховая сумма в валюте РФ эквивалентна сумме в иностранной валюте по курсу ЦБ РФ на дату на дату заключения договора страхования.

Срок действия договора страхования - период времени, в течение которого действует договор страхования. Указан в договоре страхования.

Период ожидания (временная франшиза) - период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого установленный Застрахованному диагноз не является страховым случаем. Устанавливается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования. Временная франшиза действует только в первый год страхования и в дальнейшем не применяется в случае непрерывного страхования путем заключения Договора на новый срок. Страховыми случаями признаются страховые события, произошедшие в период действия страхования, с учетом временной франшизы.

Непрерывное страхование - перезаключение договора страхования на условиях настоящих Правил на следующий страховой год не позднее даты окончания действующего договора страхования. При непрерывном страховании период ожидания (временная франшиза) не применяется со 2 по 7 год страхования включительно. В случае если договор страхования не был заключен до даты окончания предыдущего договора страхования и страховая премия по нему не поступила в течение срока, предусмотренного в договоре для оплаты страховой премии, страхование не будет считаться непрерывным и к страховым рискам будет применяться (исчисляться заново) период ожидания (временная франшиза) и такой договор страхования будет считаться заключенным впервые. Для рисков, ранее не предусмотренных вариантом, программой страхования при изменении Программы или Варианта страхования применяются временные франшизы (период ожидания) на условиях договора, заключенного впервые. Непрерывное страхование более 7 лет на условиях настоящих Правил не допускается, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

Договоры родительской группы - договоры страхования, заключенные при Непрерывном страховании на условиях настоящих Правил. Включают все договоры страхования, заключенные последовательно в отношении одного и того же Застрахованного лица, и к которым применимы определения Пожизненный лимит и Непрерывное страхование, и в отношении которых действуют одни и те же

страховые риски. Срок страхования по всем договорам родительской группы может быть больше года и исчисляется с даты заключения наиболее раннего договора страхования до даты окончания наиболее позднего договора страхования.

Период страхования - Страховщик и Страхователь имеют право установить срок страхования не равный сроку действия договора страхования (период страхования). Период страхования - общий срок (промежуток времени), в течение которого действовало непрерывное страхование на условиях настоящих Правил, включает в себя срок страхования по всем непрерывно заключенным договорам страхования. Предельный срок страхования устанавливается Вариантом и Программой страхования.

Перерыв в страховании - заключение договора страхования с перерывом в 1 и более день с даты окончания предыдущего договора страхования на условиях настоящих Правил.

Первый договор страхования - Договор страхования на условиях настоящих Правил, заключенный впервые или с перерывом в страховании

Пожизненный лимит - общая агрегатная страховая сумма по всем Договорам родительской группы, заключенным на условиях настоящих Правил при непрерывном страховании в пользу одного и того же застрахованного лица. Сведения о ранее заключенных договорах страхования указываются в Заявлении на страхование. Применяется ко всему периоду страхования в отношении одного застрахованного лица.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования и\или Правилами, выплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая. В случаях, определенных Договором страхования и\или Правилами, страховая выплата осуществляется путем организации оказания Застрахованному или оплаты Медицинских и\или Иных услуг, оказанных Застрахованному.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Правилами и\или Договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска/страхового случая, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования

Территория страхования - Российская Федерация

Территория оказания медицинских услуг - устанавливается в Договоре/Программе/варианте страхования и может включать, в том числе следующие страны: Израиль, Испания, Южная Корея, Российская Федерация и другие.

Хирургическая операция - физическое воздействие на ткани и органы, проводимое в стационаре (включая стационар дневного пребывания), связанное с анатомическим нарушением целостности тканей и проводимое в целях лечения заболевания и\или раны и\или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного.

Экспериментальное лечение - лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтические средства, предназначенные для терапевтического или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм научными учреждениями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. **Страховщик - юридическое лицо**, созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности по добровольному медицинскому страхованию.
- 2.2. **Страхователь** заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться:
- российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ;
 - физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
- 2.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** - физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. На условиях Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
- 2.4. **Выгодоприобретатель** - выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. **Объект страхования** - объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования с учетом разделов 4 и 5 настоящих Правил

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. **Страховые риски. Страховые случаи. Перечень обстоятельств, на которые распространяется страхование, предусмотренное Правилами.**

Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.

Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):

4.1.1. **Риск «Злокачественные новообразования»** - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом). Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:

4.1.1.1. Злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.

4.1.1.2. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.

4.1.1.3. Заболевания кожи следующих типов:

4.1.1.3.1. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

4.1.1.3.2. Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.

4.1.1.4. Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

4.1.1.5. Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий

до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.

4.1.1.6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз.

4.1.1.7. Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний.

4.1.2. **Риск «Кардиохирургия»** - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.

4.1.3. **Риск «Нейрохирургия»** - назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга («Нейрохирургия»). Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами

4.1.4. **Риск «Трансплантация»** - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантация, Международная трансплантация от живого донора) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период Срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.

4.1.4.1. Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты.

4.1.4.2. Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие совокупные условия:

4.1.4.2.1. Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболевания.

4.1.4.2.2. Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация.

4.1.4.2.3. Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками.

4.1.4.2.4. Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация.

4.1.4.2.5. Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования.

4.1.5. **Риск «Второе экспертное медицинское мнение»** - получение Второго Экспертного Медицинского

ского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:

4.1.5.1. Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом.

4.1.5.2. Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология
- Неврология
- Нефрология
- Ортопедия
- Кардиология

4.2. Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая

4.2.1. Общие положения (для страховых случаев, перечисленных в п.п. 4.1.1-4.1.4)

4.2.1.1. При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования.

4.2.1.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных разделом 4 Правил. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией.

4.2.1.3. В зависимости от Варианта и конкретной Программы страхования в рамках предусмотренных ими лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая:

4.2.1.3.1. Оплата билета для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Уровень/категория билета и выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям в рамках Варианта и/или конкретной Программы страхования.

4.2.1.3.2. Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица. Уровень/категория гостиницы определяются Вариантом и конкретной Программой страхования

4.2.1.3.3. Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.

4.2.1.3.4. Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения.

4.2.1.3.5. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.

4.2.1.3.6. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении во время прохождения обследования и/или лечения.

4.2.1.4. Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

4.2.1.5. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.

4.2.2. **Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев, перечисленных в п.п. 4.1.1-4.1.3**

4.2.2.1. Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя:

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

- 4.2.2.1.1. Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- 4.2.2.1.2. Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- 4.2.2.1.3. Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика;
- 4.2.2.1.4. Имплантация (с учетом ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования), необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов в пределах ограничений и страховых сумм, предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой страхования.
- 4.2.2.1.5. Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм.
- 4.2.2.1.6. Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному для страховых случаев, перечисленных в п. 4.1.1.
- 4.2.2.1.7. Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям;
- 4.2.2.1.8. Выписка необходимой медицинской документации;
- 4.2.2.2. В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования.

4.2.2.3. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.

4.2.3. Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев, перечисленных в п. 4.1.4. «Трансплантация»

При наступлении Страхового случая Страховщик оплатит Медицинские и/или Иные услуги за признанные расходы в следующем объеме и при соблюдении следующих условий:

4.2.3.1. Международная трансплантация органов от живого донора с помощью Поставщика услуг вне территории РФ – оплата Медицинских и/или Иных услуг до соответствующих страховых лимитов, указанных в п. 4.2.3.3, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованном медицинском учреждении, имеющем Договор со Страховщиком/Сервисной компанией.

4.2.3.2. Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик оплатит непосредственно поставщикам услуг фактическую стоимость услуг, которые указаны в п. 4.2.3.3., но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Страховщика, установленными в п. 4.2.3.3.

4.2.3.3. При соблюдении условий в п. 4.2.3.1.- 4.2.3.2. Страховщик оплачивает фактические расходы в объеме:

4.2.3.3.1. Расходы на медицинское обследование и лечение Застрахованного в стационаре, предусмотренном Договором и Программой страхования при госпитализации в течение которой была проведена Трансплантация.

4.2.3.3.2. Оплата услуг хирургической бригады и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинские услуги в соответствии с Программой страхования.

4.2.3.3.3. Оплата стационарного лечения **до 30 дней** перед выполнением Трансплантации или за медицинские услуги в соответствии с Программой страхования **до 335 дней** после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства во время госпитализации.

4.2.3.3.4. Фактические расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении в соответствии с Программой страхования, но не более эквивалента **7 000 (семь тысяч) Долларов США**.

4.2.3.3.5. Сопутствующие расходы, указанные ниже:

4.2.3.3.5.1. Фактические расходы на поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации – но не более эквивалента **25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США**.

4.2.3.3.5.2. Фактические расходы на поездку и возвращение домой в размере фактической стоимости авиабилета, предусмотренного Договором или Программой страхования в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалент **5 000 (пять тысяч) Долларов США**.

4.2.3.3.5.3. Фактические расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению Врача-специалиста Страховщика по медицинским причинам, лететь обычным коммерческим рейсом, но не более эквивалента **25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США**.

4.2.3.3.5.4. Фактические расходы на пребывание, необходимые для цели Трансплантации для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалента **55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США**.

4.2.3.3.5.5. Фактические расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая,

для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент **120 000 (Сто двадцать тысяч) Долларов США.**

Обязательства Страховщика включают выполнение одной Трансплантации в течение каждого года страхования, и в случае повторной Трансплантации она будет считаться отдельным страховым случаем. Обязательства Страховщика включает до 5 Трансплантаций в течение всего периода страхования Застрахованного.

4.2.4. Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым

4.2.4.1. При первоначальной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления обстоятельств, предусмотренных п. 4.1. Правил, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

4.2.4.2. Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:

4.2.4.2.1. Заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика;

4.2.4.2.2. Копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

4.2.4.2.3. Направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии;

4.2.4.2.4. Медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);

4.2.4.2.5. Результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение;

4.2.4.2.6. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 (десять) лет;

4.2.4.2.7. Медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования);

4.2.4.2.8. Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного;

4.2.4.2.9. Если событие произошло не в результате Болезни, Страховщику должны быть предоставлены документы из органов и учреждений МВД Российской Федерации, МЧС Российской Федерации, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), если событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;

4.2.4.2.10. Если событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно к документам, указанным в 4.2.4.2.9., предоставляется акт освидетельствования на состояние опьянения или другой документ, содержащий информацию о том, находился ли Застрахованный (или лицо, которому Застрахованный передал управление транспортным средством) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения в момент страхового события.

4.2.4.2.11. Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования.

4.2.4.3. Если иное прямо не предусмотрено положениями Правил, указанные в п. 4.2.4.2. документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

4.2.4.4. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.

4.2.5. Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события

- 4.2.5.1. Страховщик после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:
- 4.2.5.1.1. Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов.
 - 4.2.5.1.2. Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, предусмотренных п. 4.2.4.1. и п. 4.2.4.2. Правил, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем.
 - 4.2.5.1.3. В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения.
 - 4.2.5.1.4. В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования).
- 4.2.5.2. **Страховщик, если это необходимо, вправе:**
- 4.2.5.2.1. Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события.
 - 4.2.5.2.2. Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события.
 - 4.2.5.2.3. Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в Страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, согласно п. 4.2.5.2.1. Правил, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, согласно п. 4.2.5.2.2. Правил – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней;
 - 4.2.5.2.4. По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства.
- 4.2.5.3. Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:
- 4.2.5.3.1. выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком.
 - 4.2.5.3.2. медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные

ренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя.

4.2.5.3.3. Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.

4.2.5.3.4. Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.

4.2.6. **Перечень услуг и порядок оказания Второго экспертного медицинского мнения**

4.2.6.1. После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни и подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечит передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.

4.2.6.2. Порядок получения услуги:

Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается к Страховщику/Сервисную компанию по контактными данным, указанным в Договоре страхования, Варианте или Программе страхования.

Страховщик/Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Страховщик/Сервисная компания связывается с Застрахованное лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.

После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту.

Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Страховщиком/Сервисной компанией полной Истории болезни.

Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованное лицу, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.

Территория оказания услуги и количество обращений в рамках услуги Второе экспертное медицинское мнение в течение срока страхования определяются Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования.

5. **ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ**

5.1. **Не являются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе 4 Правил, если они произошли при следующих обстоятельствах:**

5.1.1. Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий;

5.1.2. Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления или при административном аресте;

5.1.3. Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний;

5.1.4. В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством;

5.1.5. В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга;

5.1.6. Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного;

5.1.7. В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития;

5.1.8. В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику;

5.1.9. В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы);

5.1.10. В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии;

5.1.11. В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);

5.1.12. В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом;

5.1.13. В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения;

5.1.14. При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и\или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью;

5.1.15. В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.

5.2. Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные условиями страхования

В рамках договоров страхования, заключенных на условиях настоящих Правил не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:

5.2.1. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования.

5.2.2. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования.

5.2.3. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.

5.2.4. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях.

5.2.5. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа, за исключением случаев, указанных в п. 4.2 Правил.

5.2.6. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний.

5.2.7. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины.

5.2.8. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний.

5.2.9. Любые расходы, связанные с проведением психохирургических операций.

5.2.10. Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации.

5.2.11. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по Трансплантации органов от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, если они предусмотрены Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования в следующих случаях:

5.2.1.1. если Трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена его Договором страхования, Вариантом и Программой страхования;

5.2.1.2. если потребность в Трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;

5.2.1.3. если Трансплантация органов является аутологической (реципиент Трансплантата является донором для самого себя), за исключением Трансплантации костного мозга;

5.2.1.4. если при Трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

5.2.1.5. если Трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме Трансплантации костного мозга)

5.2.12. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями.

5.2.13. Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем.

5.2.14. Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного.

5.2.15. Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подоб-

ных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения.

5.2.16. Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца).

5.2.17. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц.

5.2.18. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача.

5.2.19. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.

5.3. Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:

5.3.1. при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных договорами страхования, заключенными на условиях настоящих Правил и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования);

5.3.2. предусмотренных договорами страхования, заключенными на условиях настоящих Правил, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;

5.3.3. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

5.3.4. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе;

5.3.5. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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;

5.3.6. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.

5.3.7. в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);

5.3.8. не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования;

5.3.9. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;

5.3.10. в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.

5.4. Освобождение Страховщика от страховой выплаты

5.4.1. Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» договоров страхования, заключенных на условиях настоящих Правил страхования, наступили в результате:

5.4.1.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

5.4.1.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

5.4.1.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5.4.2. У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения:

5.4.2.1. Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц;

5.4.2.2. Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5.4.2.3. Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;

5.4.2.4. Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования;

5.4.2.5. Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования;

5.4.2.6. Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;

5.4.2.7. Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК);

5.4.2.8. Если убыток возмещен третьими лицами;

5.4.2.9. В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков;

5.4.2.10. Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

5.5. Ограничения по приёму на страхование

На страхование не принимаются:

- Лица, состоящие на учёте в наркологическом, психоневрологическом диспансерах.
- Лица, возраст которых составляет более 75 лет;
- Инвалиды, или лица, в отношении которых принималось врачебное решение о направлении для установления группы инвалидности;
- Лица, на дату заключения договора или в течение последних 10 лет проходящие/-дившие стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо которым устанавливался по результатам обследования диагноз, либо находящиеся/находившиеся под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний, перечисленных в декларации застрахованного лица (если применимо) в договоре страхования.
- Лица, которым проводились/дится и/или назначалась/назначена трансплантации органов или костного мозга
- Лица, которые являются носителем ВИЧ или больным СПИДом;
- Лица, которым страдают психическими заболеваниями или расстройствами на момент заключения договора страхования;
- Лица, которые состоят на учете в туберкулёзном, наркологическом или психоневрологическом диспансере на момент заключения договора страхования.
- Лица, находящиеся под следствием и осужденные к лишению свободы;

Договор страхования, заключённый в отношении лица, которое можно отнести к любой из категорий, перечисленных выше в настоящем разделе, считается недействительным с момента его заключения.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Страховая сумма

6.1.1. Страховой суммой является денежная сумма, определённая в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.1.2. Страховая сумма определяется по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования и устанавливается по каждому риску /страховому случаю отдельно и/или по всем рискам одновременно, на страховой год и/или на весь срок страхования, а также в отношении всех Застрахованных или для каждого Застрахованного отдельно.

- 6.1.3. В Договоре страхования по соглашению сторон также могут быть установлены лимиты ответственности – максимальные размеры страховых выплат по определенному виду рисков, случаев, услуг, расходов и убытков, покрываемых Договором страхования, и/или в отношении каждого Застрахованного.
- 6.1.4. Страховая сумма (страховой лимит) является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страховой выплаты, осуществленной Страховщиком в период действия Договора страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными. При этом Договор страхования прекращается досрочно в отношении одного или нескольких Застрахованных, а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.
- 6.1.5. Возможно установление страховой суммы в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте (страхование в эквиваленте).

6.2. Действие Договора страхования

- 6.2.1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.
- 6.2.2. Срок страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования. Дата начала и окончания Срока страхования могут быть установлены в том числе для каждого (отдельного) Страхового риска.
- 6.2.3. В случае если в Договоре страхования не указан Срок страхования, то дата начала и окончания Срока страхования совпадают с датой начала и окончания Срока действия Договора страхования соответственно.
- 6.2.4. Страховщик и Страхователь имеют право установить срок страхования не равный сроку действия договора страхования (период страхования). Период страхования - общий срок (промежуток времени), в течение которого действовало непрерывное страхование на условиях настоящих Правил, включает в себя срок страхования по всем непрерывно заключенным договорам страхования. Предельный срок страхования устанавливается Вариантом и Программой страхования.
- 6.2.5. Непрерывное страхование - перезаключение договора страхования на условиях настоящих Правил на следующий страховой год не позднее даты окончания действующего договора страхования. При непрерывном страховании период ожидания (временная франшиза) не применяется со 2 по 7 год страхования включительно, если договором страхования не предусмотрено иное. В случае если договор страхования не был заключен до даты окончания предыдущего договора страхования и страховая премия по нему не поступила в течение срока, предусмотренного в договоре для оплаты страховой премии, страхование не будет считаться непрерывным и к страховым рискам будет применяться (исчисляться заново) период ожидания (временная франшиза) и такой договор страхования будет считаться заключенным впервые. Для рисков, ранее не предусмотренных вариантом, программой страхования при изменении Программы или Варианта страхования применяются временные франшизы (период ожидания) на условиях договора, заключенного впервые. Непрерывное страхование более 7 лет на условиях настоящих Правил не допускается, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.
- 6.2.6. Договоры страхования, заключенные при Непрерывном страховании на условиях настоящих Правил учитываются как Договоры родительской группы и включают все договоры страхования, заключенные последовательно в отношении одного и того же Застрахованного лица, и к которым применимы определения Пожизненный лимит и Непрерывное страхование, и в отношении которых действуют одни и те же страховые риски. Срок страхования по всем Договорам родительской группы может быть больше года и исчисляется с даты заключения наиболее раннего договора страхования до даты окончания наиболее позднего договора страхования.
- 6.2.7. Возможно установление общей агрегатной страховой суммы для всей Договоров родительской группы (Пожизненный лимит). Размер Пожизненного лимита указывается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования и применяется к страховым случаям любого по очереди Договора родительской группы до его израсходования с учетом лимитов и ограничений в рамках каждого отдельного договора страхования (годовой лимит), предусмотренных Программой и Вариантом страхования. При этом страховым случаем по риску признается первое по времени наступившее событие.

6.2.8. При исчерпании Пожизненного лимита по Договорам родительской группы ответственность Страховщика по текущему договору страхования и Договорам родительской группы также прекращается и обязательства Страховщика считаются исполненными полностью.

6.2.9. В случае перерыва в страховании Непрерывное страхование прекращает свое действие, и ответственность Страховщика на следующий страховой год не распространяется, а обязанности Страховщика считаются исполненными в полном объеме и выплаты по страховым событиям родительских договоров прекращаются. При этом, если договор страхования будет впоследствии заключен с перерывом в страховании, на него будут распространяться все ограничения и франшизы договора страхования, заключенного впервые.

6.3. **Страховая премия**

6.3.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку

6.3.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования, применения повышающих и понижающих коэффициентов, учитывающих возможные факторы риска, результатов проведенной им оценки Страхового риска, осуществляемой на основании:

- информации и документов, представленных Страхователем при заключении Договора страхования,
- информации, самостоятельно полученной Страховщиком, заключений экспертов и оценщиков, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления Страхового случая по каждому из Страховых рисков, включаемых в Договор страхования.

6.3.3. Страховые тарифы по Перечню медицинских и/или иных услуг приведены в Приложении № 2 к настоящим Правилам. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон. Страховая премия рассчитывается исходя из выбранного Варианта и Программы страхования, утвержденной Страховщиком тарифной ставки, Страховой суммы и срока страхования с учетом порядка оплаты Страховой премии. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом набора и уровня Медицинских и/или Иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, территории страхования, региона пребывания, характера производственной деятельности, возраста и состояния здоровья (наличие хронических заболеваний, предшествующих заболеваний и т.п.) Застрахованных, а также информации, указанной Застрахованным (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского освидетельствования, периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

6.3.4. Возможно установление страховой премии в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте (страхование в эквиваленте). При установлении страховой премии в эквиваленте к иностранной валюте, страховая премия эквивалентна сумме в иностранной валюте по курсу ЦБ РФ на дату на дату оплаты страховой премии.

6.3.5. Размер страховой премии при перезаключении Договора страхования на новый срок может быть пересмотрен Страховщиком.

6.4. **Порядок уплаты страховой премии**

6.4.1. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь Срок страхования или в рассрочку (страховыми взносами) ежемесячно, ежеквартально или по полугодиям, путем уплаты Страховых взносов наличными деньгами или путем безналичных расчетов. Периодичность и порядок уплаты страховой премии определена в Договоре страхования.

6.4.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, днем оплаты Страховой премии считается:

- Дата уплаты страховой премии (страховых взносов) путем безналичных расчетов признается, если иное не предусмотрено договором страхования, день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.
- Дата уплаты страховой премии (страховых взносов) наличными денежными средствами признается, если иное не предусмотрено договором, день уплаты страховой премии (страхового взноса) уполномоченному представителю Страховщика.

6.4.3. Если Договором страхования не предусмотрено иное датой поступления страховой премии считается:

- по договорам страхования, заключаемым с юридическими лицами – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или уплаты страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами Страховщику/представителю Страховщика;
- по договорам страхования, заключаемым с физическими лицами – в соответствии со статьей 37 Закона «О защите прав потребителей».

6.4.4. При Страховании в эквиваленте Страховая премия (Страховой взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты, предусмотренной Договором страхования, на дату уплаты (перечисления), если Договором страхования не предусмотрено иное.

6.4.5. В рамках настоящих Правил, если соглашением сторон Договора страхования не предусмотрено иное, Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение Договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

6.4.6. При этом в случае такого отказа Страхователя – юридического лица от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить страхование (Договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

6.5. Срок страхования

6.5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

6.5.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

6.5.3. Страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, действует с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём вступления договора в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

6.5.4. По отдельным рискам/ страховым случаям может быть установлен период ожидания (временная франшиза), продолжительность которой указывается в Договоре страхования/ Программе или Варианте страхования.

6.5.4.1. Временная франшиза - период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого установленный Застрахованному диагноз не является страховым случаем. Страховыми случаями признаются страховые события, произошедшие в период действия страхования, с учетом временной франшизы.

6.5.4.2. Временная франшиза действует только в первый год страхования и в дальнейшем не применяется в случае непрерывного страхования путем заключения Договора на новый срок, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВНЕСЕНИЕ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

- 7.1. Договор страхования может быть заключен в отношении одного Застрахованного (индивидуальное страхование) или группы Застрахованных (коллективное страхование)
- 7.2. Порядок заключения Договора страхования
- 7.2.1. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством РФ Договор страхования может включать изменения, дополнения к настоящим Правилам и/или исключения из них. При расхождении положений настоящих Правил с положениями Договора страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования, если это не противоречит законодательству РФ
- 7.2.2. Договор страхования заключается путем составления одного документа (Договора, подписанного сторонами) либо вручения (в том числе посредством направления) Страховщиком Страхователю на основании его устного или письменного заявления Договора страхования (полиса), подписанного Страховщиком. При условии заключения Договора страхования на основании письменного заявления Страхователя Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им форме, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования.
- 7.2.3. Подписание Договора страхования, а также иных документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования, Страховщиком с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования (иных документов) со стороны Страховщика.
- 7.2.4. В случае направления Страховщиком Страхователю Договора страхования (полиса), составленного в виде электронного документа последний может быть подписан усиленной квалифицированной подписью Страховщика.
- 7.2.5. В случаях заключения Договора страхования путем направления Страховщиком Страхователю страхового Договора страхования (полиса) согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается уплатой Страховой премии в размере, установленном Договором страхования.
- 7.2.6. Письменное заявление Страхователя (при наличии) является неотъемлемой частью Договора страхования.
- 7.2.7. При заключении Договора страхования, для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя - юридического лица и потенциальных Застрахованных Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:
- 7.2.7.1. В отношении граждан Российской Федерации:
- 7.2.7.1.1. документы, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность
 - 7.2.7.1.2. документ, подтверждающий регистрацию по месту пребывания и/или по месту жительства (при наличии);
 - 7.2.7.1.3. свидетельство ИНН (при наличии).
 - 7.2.7.1.4. свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России.
- 7.2.7.2. В отношении иностранных граждан и лиц без гражданства:
- 7.2.7.2.1. общегражданский паспорт или иной документ, установленный законодательством Российской Федерации или признаваемый в соответствии с международным Договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без;
 - 7.2.7.2.2. документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;
 - 7.2.7.2.3. миграционная карта (если в соответствии с действующим законодательством она должна была быть оформлена при пересечении данным иностранным гражданином или лицом без гражданства границы Российской Федерации);
- 7.2.7.3. Для юридических лиц резидентов РФ:
- 7.2.7.3.1. свидетельства о регистрации;
 - 7.2.7.3.2. свидетельства о постановке на налоговый учет;
 - 7.2.7.3.3. выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
 - 7.2.7.3.4. свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе;
- 7.2.7.4. Для юридических лиц нерезидентов:

- 7.2.7.4.1. свидетельства о регистрации, выданного в стране регистрации;
- 7.2.7.4.2. и свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации.
- 7.2.7.5. Для индивидуальных предпринимателей:
- 7.2.7.5.1. документы, перечисленные в подпункте 7.2.7.1.;
- 7.2.7.5.2. свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя.
- 7.2.7.6. Иные документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации необходимые для идентификации Страхователя.
- 7.2.7.7. Иные документы, необходимые для исполнения положений Федерального закона от 07.08.2011 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».
- 7.2.8. Для заключения Договора страхования Страховщик имеет право запросить следующую информацию:
- адрес, банковские реквизиты, телефон, адрес электронной почты Страхователя/Застрахованного;
 - сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования, заявления на страхование и приложения к нему, в том числе в письменном запросе Страховщика. К таким обстоятельствам относятся в том числе (но не ограничиваясь) сведения о состоянии здоровья, профессиональной деятельности, о занятиях видами спорта на профессиональной или любительской основе (вид спорта, место занятий, периодичность занятий), об увлечении активным и экстремальным видами отдыха.
 - По запросу Страховщика Страхователь представляет документы, уточняющие/ подтверждающие сведения, указанные в заявлении на страхование/ Договоре страхования, для оценки степени риска, в том числе по запросу Страховщика представляет медицинскую декларацию, медицинскую анкету и/или результаты медицинского обследования.
- 7.2.9. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальны и действующими на момент заключения Договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного.
- 7.2.10. В случае отказа Страхователя от предоставления запрашиваемых документов и данных, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования, либо в принятии на страхование лица, в отношении которого запрошенные Страховщиком документы не были представлены.
- 7.2.11. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2. ст.179 ГК РФ.
- 7.2.12. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.
- 7.2.13. Договор страхования может содержать наборы Медицинских и/или Иных услуг из числа услуг, предусмотренных настоящими Правилами страхования. Набор Медицинских и/или Иных услуг по конкретному Договору страхования может определяться в Программе страхования или Варианте страхования, которые составляют на основании настоящих Правил и Приложений к ним и могут иметь оригинальное название. Договор страхования может предусматривать предоставление услуг по нескольким указанным Программам страхования.
- 7.2.14. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения набора заболеваний (состояний) из перечня заболеваний, обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, Медицинских и/или Иных услуг.
- 7.2.15. Договор страхования должен содержать:

- 7.2.15.1. для Страхователей - юридических лиц - наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты Страховщика и Страхователя, список Застрахованных с указанием ФИО, даты рождения, адреса места жительства (регистрации) и телефона;
 - 7.2.15.2. для Страхователя - физического лица - номер договора, ФИО, адрес места жительства (регистрации), паспортные данные и телефон Страхователя, список Застрахованных с указанием ФИО, даты рождения, паспортных данных и телефона;
 - 7.2.15.3. для всех Договоров страхования - срок действия Договора страхования, объект страхования, согласованный сторонами объем, условия и порядок оказания Медицинских и/или Иных услуг, страховую сумму, размер страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате по Договору страхования, сроки и порядок ее внесения, условия и сроки вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ, условия.
- 7.2.16. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного) выписывает его дубликат. На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный страховой полис считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг в соответствии с Договором страхования.

7.3. Прекращение действия Договора

- 7.3.1. Договор страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение услуг по Договору страхования:
- 7.3.1.1. при истечении срока действия Договора страхования;
 - 7.3.1.2. в случае смерти Застрахованного (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного) – в отношении соответствующего Застрахованного, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;
 - 7.3.1.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;
 - 7.3.1.4. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;
 - 7.3.1.5. по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
 - 7.3.1.6. по соглашению Сторон;
 - 7.3.1.7. неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок
 - 7.3.1.8. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ или настоящими Правилами.
- 7.3.2. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то Договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
- 7.3.3. Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит:
- 7.3.3.1. по окончании срока действия Договора страхования;
 - 7.3.3.2. при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – юридического лица, если Договором страхования не предусмотрено иное.
 - 7.3.3.3. при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – физического лица после 14-ти календарных дней со дня его заключения, если Договором страхования не предусмотрено иное.
- 7.3.4. Возврат страховой премии (страховых взносов) при досрочном прекращении Договора страхования производится в соответствии с условиями Договора страхования, настоящими Правилами и законодательством РФ.
- 7.3.5. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

7.3.6. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

7.3.7. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

7.3.8. Если после заключения Договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для Сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного Договора страхования

7.3.9. В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу уплаченную им страховую премию. Конкретный порядок возврата страховой премии указывается в Договоре страхования в соответствии с настоящим пунктом. Договором страхования может быть установлен более длительный срок, чем четырнадцать календарных дней со дня его заключения.

7.3.9.1. В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в срок, установленный п.7.3.1.1. Правил страхования, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме

7.3.9.2. В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в срок, установленный п.7.4.9. Правил страхования, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю – физическому лицу вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

7.3.9.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон Договора страхования, но не позднее срока, определенного в соответствии с п.7.3.9. Правил страхования.

7.3.10. Возврат страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя – физического лица наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования.

7.3.11. При Страховании в эквиваленте размер Страховой премии, подлежащей возврату, определяется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты, предусмотренной Договором страхования, использовавшемуся при оплате страховой премии по Договору страхования.

7.4. Оценка риска и медицинский андеррайтинг

7.4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования заключаются без предварительного медицинского обследования Застрахованных. Однако Страховщик вправе в каждом конкретном случае или при заключении отдельных Договоров страхования перед заключением Договора страхования или изменении условий страхования в действующем Договоре страхования при перезаключении его на новый период или изменении Варианта или Программы страхования, потребовать подписания медицинской декларации, проведения медицинского анкетирования или проведения предварительного медицинского обследования, по результатам которых Страховщик вправе рассмотреть вопрос о принятии конкретного лица на страхование и/или принимать индивидуальные андеррайтерские решения, влекущие применение поправочных коэффициентов и/или изменения перечня индивидуальных условий страхования, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации и Правилам. Медицинское обследование проводится, как правило, за счет Страховщика. Однако Договором страхования может быть предусмотрена оплата Страхователем медицинского обследования Застрахованных частично или полностью.

7.4.2. При отказе Застрахованного от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении данного Застрахованного.

7.5. Особые условия

Страховщик не заключает с одним и тем же Страхователем в пользу конкретного Застрахованного лица два и более действующих Договора на условиях настоящих Правил, если сроки действия данных Договоров частично или полностью совпадают.

Если по какой-либо причине Страховщик и Страхователь заключат два или более Договора обозначенных выше в настоящем разделе, то любой другой Договор страхования, нежели тот, который был заключён первым, считается не заключённым, и Страховщик в течение 60 дней с момента обнаружения данного факта и получения заявления на возврат страховой премии возвращает Страхователю полученную от него страховую премию по такому Договору страхования за вычетом расходов на ведение дела Страховщика.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь / Застрахованный обязаны сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах жизни и деятельности Застрахованного, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска.

8.2. Страхователь /Застрахованный с момента, когда им стало известно о таких обстоятельствах, обязаны сообщить о них Страховщику в течение 24 (двадцати четырех) часов любым доступным способом, а также дополнительно в течение 3 (трех) рабочих дней письменно известить Страховщика о данных обстоятельствах, с приложением документов, подтверждающих эти изменения.

8.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования в соответствии с действительной степенью риска и оплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска.

8.4. Если Страховой случай наступил в период согласования сторонами условий Договора страхования, по которому произошло увеличение степени риска, Страховщик вправе приостановить выплату страхового возмещения по этому Договору до момента заключения сторонами дополнительного соглашения и уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно степени увеличения Страхового риска.

8.5. При неисполнении Страхователем /Застрахованным обязанности, предусмотренной п. 8.1. Правил, а также, в случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. Ознакомить Страхователя с условиями страхования.

9.1.2. Давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора.

9.1.3. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного), полученных от Страхователя при их обработке.

9.1.4. В случае отказа в признании события Страховым случаем уведомить об этом Страхователя/Застрахованного в порядке и сроки, установленные Правилами.

9.1.5. В счет страховой выплаты, причитающейся по Договору страхования, организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, в соответствии с Вариантом и Программой страхования, в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования или установленные Правилами.

9.1.6. В случае если Страхователь отказался от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, осуществить возврат Страхователю полученной страховой премии в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком от Страхователя письменного заявления и приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии Договора.

9.2. Страховщик имеет право:

- 9.2.1. Перед заключением Договора запросить у лица, принимаемого на страхование, сведения, в том числе медицинского характера
- 9.2.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований Договора страхования.
- 9.2.3. привлечь Сервисную компанию для оказания услуг, предусмотренных Правилами;
- 9.2.4. отказать в оплате Медицинских и/или Иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных Правилами или Договором страхования, если Застрахованное лицо обращается за организацией медицинских услуг, не предусмотренных Программой страхования или по не страховым событиям.
- 9.2.5. в случае возникновения сомнений относительно подлинности документов, представленных в связи со страховым случаем, отсрочить принятие решения о признании события страховым случаем до получения подтверждающих сведений о подлинности представленных документов.
- 9.2.6. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.
- 9.2.7. требовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска.
- 9.2.8. направлять Страхователю сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному в Договоре страхования. Сообщения, отправленные с использованием электронного адреса, носят официальный характер, и такие сообщения признаются Сторонами юридически значимыми.
- 9.2.9. Осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) в целях исполнения Договора, предоставления Страхователю (Застрахованному лицу), информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Застрахованным лицом), прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством РФ.
- 9.2.10. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных разделом 4 Правил.

9.3. Страхователь обязан:

- 9.3.1. Своевременно осуществлять уплату страховой премии по Договору страхования.
- 9.3.2. При заключении Договора дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и исполнителям Медицинских и/или Иных услуг, а также, при необходимости, добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства.
- 9.3.3. довести до сведения Застрахованного (его законного представителя) положения Правил и условия Договора страхования.
- 9.3.4. Исполнять положения Договора и иных документов, закрепляющих Договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.
- 9.3.5. обеспечить получение согласия Застрахованного (его законного представителя) на обработку персональных данных согласно действующему законодательству Российской Федерации.
- 9.3.6. в случае замены Застрахованного другим лицом обеспечить получение согласия Застрахованного (его законного представителя) на эти действия согласно действующему законодательству Российской Федерации, данная обязанность, условиями соглашения между сторонами Договора страхования, может быть возложена на лицо, указанное в соглашении как новый Застрахованный.
- 9.3.7. при наступлении события, обладающего признаками страхового случая, уведомить об этом Страховщика в порядке и сроки, установленные Правилами.
- 9.3.8. не позднее 3 (трех) календарных дней уведомить в письменном виде Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования.
- 9.3.9. соблюдать порядок получения услуг, указанный в разделе 4 Правил и в Договоре страхования, Варианте или Программе страхования;
- 9.3.10. исполнять иные положения Договора страхования, Правил.
- 9.3.11. В случае отказа от договора страхования Страхователя – физического лица (за исключением иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности) в срок, установленный в соответствии с п.7.3.9. Правил страхования со дня заключения договора страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, направить Страховщику письменное заявление и при-

ложением копии паспорта Страхователя – физического лица и оригинала или копии договора страхования (Полиса).

9.4. Страхователь имеет право:

- 9.4.1. Ознакомиться с условиями страхования и получить Программу страхования на условиях, которой заключен Договор страхования.
- 9.4.2. Получить любые разъяснения по заключенному Договору страхования.
- 9.4.3. Требовать предоставления Медицинских и/или Иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика об отказе в их предоставлении либо предоставлении неполных или некачественных услуг;
- 9.4.4. Получить дубликат Договора в случае его утраты.
- 9.4.5. Отказаться от Договора в любое время.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

- 9.5.1. Получать услуги в соответствии с Договором страхования.
- 9.5.2. Получать разъяснения по условиям Договора о порядке предоставления Медицинских и/или Иных услуг.
- 9.5.3. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования.
- 9.5.4. Отказаться от получения Медицинских и/или Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, предоставив Страховщику письменный отказ.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

- 9.6.1. Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими учреждениями.
- 9.6.2. При возникновении события, имеющего признаки страхового, действовать в соответствии с Памяткой Застрахованного при обращении за медицинской помощью.
- 9.6.3. При обращении за получением Медицинских и/или Иных услуг предоставить согласие на обработку своих персональных данных, в том числе медицинского характера.

10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 10.1. Споры, возникающие при исполнении (неисполнении, ненадлежащем исполнении), изменении и расторжении Договора разрешаются сторонами путем переговоров.
- 10.2. При разрешении споров условия Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям Правил.
- 10.3. По Договору страхования предусматривается обязательный досудебный (претензионный) порядок урегулирования спора. При этом в случае если размер требований не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей Страхователь – физическое лицо / физическое лицо, в пользу которого заключен договор / физическое лицо, к которому перешли права требования потребителя финансовых услуг вправе направить претензию финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 4 июня 2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».
- 10.4. Сторона, чье право нарушено, до обращения в суд, обязана предъявить другой стороне письменную претензию с обязательным указанием оснований и предмета требований (с приложением документов в обоснование требования при их наличии).
- 10.5. Претензия может быть вручена лично или направлена почтовым отправлением по адресу стороны, указанному в Договоре страхования.
- 10.6. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и ответить по существу (подтвердить согласие на полное или частичное ее удовлетворение либо сообщить о полном или частичном отказе в ее удовлетворении) не позднее одного месяца с даты ее получения.
- 10.7. При невозможности устранения разногласий между сторонами споры разрешаются в судебном порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

11. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 11.1. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтвер-

ждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя/Застрахованных для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

11.2. Персональные данные Страхователя - физического лица включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, медицинские данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

11.3. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

11.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

11.5. Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя/Застрахованных с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

11.6. Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

11.7. Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

12. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Программы и варианты страхования;

Приложение 2. Страховые тарифы;

Приложение 3. Договор страхования юридических лиц;

Приложение 4. Договор страхования физических лиц (полис);

Приложение 5. Общие условия страхования физических лиц;

Приложение 6. Медицинская декларация / Медицинская анкета застрахованного лица.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ BASIC

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант BASIC» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10). • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхо-

	вания. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Страховая сумма	Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант BASIC» – эквивалент 100 000 (сто тысяч) долларов США Пожизненный лимит - эквивалент 1 000 000 (один миллион) долларов США
Валюта договора страхования	эквивалент долларов США
Территория страхования	Российская Федерация
Территория оказания медицинских и/или иных услуг	Базовая территория при организации лечения по рискам « Злокачественные новообразования », « Второе экспертное медицинское мнение » - Израиль, Испания, Южная Корея, Российская Федерация (далее - Базовая страна). По медицинским показаниям - Весь мир Не менее двух из указанных ниже условий должны быть соблюдены (медицинские показания): <ul style="list-style-type: none"> • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и должно быть оказано незамедлительно, так как существует угроза жизни пациента • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и никакое альтернативное лечение не может быть предоставлено. • Медицинская практика и опыт врачей/медицинских учреждений значительно превышают аналогичные в пределах территории Базовой страны оказания медицинской помощи. • Если лечение вне Базовой страны не будет оказано, существует более чем 80% вероятность полной недееспособности застрахованного лица.
Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая	
Общие положения для страховых случаев по риску «Злокачественные новообразования»	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией. • В зависимости от Варианта и конкретной Программы страхования в рамках предусмотренных ими лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов эконом-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Уровень/категория билета и выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 3-4* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. ○ Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает сам Застрахованный. ○ Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску: «Злокачественные новообразования»	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: <ul style="list-style-type: none"> А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) Долларов США в год на один страховой случай. ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписки необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного. ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. ● Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. ● В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. ● В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события. ● Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события. ● Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; ● По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответ-</p>

	<p>ствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. • медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованное лицо в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактному данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованное лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованное лицо, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p> <p>Не являются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством; • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы);

	<ul style="list-style-type: none"> • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10); • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, за исключением случаев, указанных в Программе страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психирургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). • Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. • Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со

<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.</p> <p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); • предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; • в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); • в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; • в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; • связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. • в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); • не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; • в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; • в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. • Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. • Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. • У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: • Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; • Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; • Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; • Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; • Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; • Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации; • Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); • Если убыток возмещен третьими лицами; • В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков; • Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ STANDARD

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант STANDARD» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым риском):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10).. • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Кардиохирургия» - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.</p> <p>Риск «Нейрохирургия» - Назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутримозговых структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами.</p> <p>Риск «Трансплантация» - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантации) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты. • Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие со-

	<p>вокупные условия:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболевания. ○ Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация. ○ Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками. ○ Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация. ○ Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Страховая сумма	<p>Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант Standard» – эквивалент 200 000 (двести тысяч) долларов США</p> <p>Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» – эквивалент 1 000 000 (один миллион) долларов США</p> <p>Пожизненный лимит по страховому риску «Трансплантация»* составляет - эквивалент 1 000 000 (один миллион) долларов США</p> <p>*дополнительные лимиты в отношении Медицинских и/или Иных услуг по риску «Трансплантация» указаны в разделе «Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»» Программы страхования.</p>
Валюта договора страхования	эквивалент долларов США
Территория страхования	Российская Федерация
Территория оказания медицинских и/или иных услуг	<p>Базовая территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» - Израиль, Испания, Южная Корея, Российская Федерация (далее - Базовая страна).</p> <p>По медицинским показаниям - Весь мир</p> <p>Не менее двух из указанных ниже условий должны быть соблюдены (медицинские показания):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и должно быть оказано незамедлительно, так как существует угроза жизни пациента • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и никакое альтернативное лечение не может быть предоставлено. • Медицинская практика и опыт врачей/медицинских учреждений значительно превышают аналогичные в пределах территории Базовой страны оказания медицинской помощи. • Если лечение вне Базовой страны не будет оказано, существует более чем 80% вероятность полной недееспособности застрахованного лица. <p>Территория оказания услуг по риску «Трансплантация» – Весь мир</p>
Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая	
<p>Общие положения для страховых случаев по рискам «Злокачественные новообразования»</p> <p>«Кардиохирургия»</p> <p>«Нейрохирургия»</p> <p>«Трансплантация»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией.

	<ul style="list-style-type: none"> • В зависимости от Варианта и конкретной Программы страхования в рамках предусмотренных ими лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов эконом-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Уровень/категория билета и выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 3-4* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. ○ Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает сам Застрахованный. ○ Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: <ul style="list-style-type: none"> А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) Долларов США в год на один страховой случай. ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписки необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»</p>	<p>При наступлении страхового случая Страховщик оплатит Медицинские и/или Иные услуги за признанные расходы в следующем объеме и при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Международная трансплантация органов от живого донора (далее «Трансплантация») с помощью Поставщика услуг вне территории РФ – оплата Медицинских и/или Иных услуг до соответствующих страховых лимитов, указанных в текущем разделе ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованном медицинском учреждении, имеющем Договор со Страховщиком/Сервисной компанией. • Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик оплатит непосредственно поставщикам услуг фактическую стоимость услуг, перечисленных в текущем разделе ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Страховщика, установленными в текущем разделе: • При соблюдении условий, перечисленных выше в настоящем пункте Страховщик оплачивает фактические расходы в объеме: <ul style="list-style-type: none"> ○ Расходы на медицинское обследование и лечение Застрахованного в стационаре, предусмотренном Договором и Программой страхования при госпитализации в течение которой была проведена Трансплантация. ○ Оплата услуг хирургической бригады и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинские услуги в соответствии с Программой страхования.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата стационарного лечения до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинские услуги в соответствии с Программой страхования до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства во время госпитализации. ○ Фактические расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении в соответствии с Программой страхования, но не более эквивалента 7 000 (семь тысяч) Долларов США. ○ Сопутствующие расходы, указанные ниже: <ul style="list-style-type: none"> ● Фактические расходы на поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации – но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на поездку и возвращение домой в размере фактической стоимости авиабилета, предусмотренного Договором или Программой страхования в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению Врача-специалиста Страховщика по медицинским причинам, лететь обычным коммерческим рейсом, но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на пребывание, необходимые для цели Трансплантации для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалента 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (Сто двадцать тысяч) Долларов США.
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного. ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. ● Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. ● В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. ● В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события. ● Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выявить причины и обстоятельства страхового события. ● Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой

	<p>выплате (или отказе в Страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней;</p> <ul style="list-style-type: none"> По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованному лицу, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p>	
<p>Не являются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством; В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь)

	<p>намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10).; • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
<p>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа, за исключением случаев, прямо указанных в Программе страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психохирургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по Трансплантации органов от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, если они предусмотрены Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ если Трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена его Договором страхования, Вариантом и Программой страхования; ○ если потребность в Трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени; ○ если Трансплантация органов является аутологической (реципиент Трансплантата является донором для самого себя), за исключением Трансплантации костного мозга; ○ если при Трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу; ○ если Трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме Трансплантации костного мозга) • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы,

	<p>проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм пораженных сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). • Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. • Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); • предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; • в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); • в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; • в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; • связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. • в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); • не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; • в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; • в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. • Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. • Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. • У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: • Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; • Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; • Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; • Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; • Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; • Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации; • Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); • Если убыток возмещен третьими лицами; • В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков;

- Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ PREMIUM

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант PREMIUM» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым риском):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являющиеся прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10).. • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Кардиохирургия» - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.</p> <p>Риск «Нейрохирургия» - Назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами.</p> <p>Риск «Трансплантация» - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантации) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организ-

	<p>ма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие со-вокупные условия: <ul style="list-style-type: none"> ○ Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболе-вания. ○ Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, име-ющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация. ○ Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью ис-следования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками. ○ Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация. ○ Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определе-на больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получе-ние Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представлен-ной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязатель-ного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные гражд-даны и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхо-вания. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въез-жающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Страховая сумма	<p>Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант PREMIUM» – эквивалент 600 000 (шестьсот тысяч) долларов США</p> <p>Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» – эквивалент 2 000 000 (два миллиона) долларов США</p> <p>Пожизненный лимит по страховому риску «Трансплантация»* составляет - эквивалент 1 000 000 (один милли-он) долларов США</p> <p>*дополнительные лимиты в отношении Медицинских и/или Иных услуг по риску «Трансплантация» указаны в разделе «Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»» Про-граммы страхования.</p>
Валюта договора страхова-ния	эквивалент долларов США
Территория страхования	Российская Федерация
Территория оказания меди-цинских и/или иных услуг	<p>Базовая территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохи-рургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» - Израиль, Испания, Южная Корея, Российская Федерация (далее - Базовая страна).</p> <p>По медицинским показаниям - Весь мир</p> <p>Не менее двух из указанных ниже условий должны быть соблюдены (медицинские показания):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и должно быть оказано незамедлительно, так как существует угроза жизни пациента • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и никакое альтернативное лечение не может быть предоставлено. • Медицинская практика и опыт врачей/медицинских учреждений значительно превышают аналогичные в пределах территории Базовой страны оказания медицинской помощи. • Если лечение вне Базовой страны не будет оказано, существует более чем 80% вероятность полной недее-способности застрахованного лица. <p>Территория оказания услуг по риску «Трансплантация» – Весь мир</p>
Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая	
<p>Общие положения для страхо-вых случаев по рискам «Зло-качественные новообразова-ния»</p> <p>«Кардиохирургия»</p> <p>«Нейрохирургия»</p> <p>«Трансплантация»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать ока-зание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Стра-хователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Дого-вора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законода-тельству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, преду-

	<p>смотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В зависимости от Варианта и конкретной Программы страхования в рамках предусмотренных или лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов эконом-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Уровень/категория билета и выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 3-4* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. ○ Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает сам Застрахованный. ○ Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: <ul style="list-style-type: none"> А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) Долларов США в год на один страховой случай. . ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписка необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»</p>	<p>При наступлении страхового случая Страховщик оплатит Медицинские и/или Иные услуги за признанные расходы в следующем объеме и при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Международная трансплантация органов от живого донора (далее «Трансплантация») с помощью Поставщика услуг вне территории РФ – оплата Медицинских и/или Иных услуг до соответствующих страховых лимитов, указанных в текущем разделе ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованном медицинском учреждении, имеющем Договор со Страховщиком/Сервисной компанией. • Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик оплатит непосредственно поставщикам услуг фактическую стоимость услуг, перечисленных в текущем разделе ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Страховщика, установленными в текущем разделе: • При соблюдении условий, перечисленных выше в настоящем пункте Страховщик оплачивает фактические расходы в объеме: <ul style="list-style-type: none"> ○ Расходы на медицинское обследование и лечение Застрахованного в стационаре, предусмотренном Договором и Программой страхования при госпитализации в течение которой была проведе-

	<p>на Трансплантация.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата услуг хирургической бригады и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинские услуги в соответствии с Программой страхования. ○ Оплата стационарного лечения до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинские услуги в соответствии с Программой страхования до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства во время госпитализации. ○ Фактические расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении в соответствии с Программой страхования, но не более эквивалента 7 000 (семь тысяч) Долларов США. ○ Сопутствующие расходы, указанные ниже: <ul style="list-style-type: none"> ● Фактические расходы на поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации – но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на поездку и возвращение домой в размере фактической стоимости авиабилета, предусмотренного Договором или Программой страхования в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению Врача-специалиста Страховщика по медицинским причинам, лететь обычным коммерческим рейсом, но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на пребывание, необходимые для цели Трансплантации для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалента 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (сто двадцать тысяч) Долларов США.
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного. ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющего признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. ● Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. ● В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. ● В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события.

	<ul style="list-style-type: none"> • Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события. • Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в Страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; • По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. • медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованное лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованное лицо, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p> <p>Не являются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если

	<p>управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством;</p> <ul style="list-style-type: none"> • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии; • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
<p>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа, за исключением случаев, прямо указанных в Программе страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психириургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по Трансплантации органов от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, если они предусмотрены Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ если Трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена его Договором страхования, Вариантом и Программой страхования; ○ если потребность в Трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени; ○ если Трансплантация органов является аутологической (реципиент Трансплантата является донором для самого себя), за исключением Трансплантации костного мозга; ○ если при Трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу; ○ если Трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме Трансплантации костного мозга) • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатри-

	<p>ческие операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грижевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). • Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. • Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); • предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; • в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); • в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; • в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; • связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. • в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); • не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; • в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; • в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. • Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. • Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. • У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: • Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; • Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; • Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; • Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; • Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; • Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации; • Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); • Если убыток возмещен третьими лицами; • В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть

убытков;
<ul style="list-style-type: none"> • Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ VIP

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант VIP» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являющиеся прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10). • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Кардиохирургия» - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.</p> <p>Риск «Нейрохирургия» - Назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами.</p> <p>Риск «Трансплантация» - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантации) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организ-

	<p>ма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие со-вокупные условия: <ul style="list-style-type: none"> ○ Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболе-вания. ○ Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, име-ющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация. ○ Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью ис-следования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками. ○ Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация. ○ Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определе-на больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получе-ние Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представлен-ной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязатель-ного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные гражд-даны и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхо-вания. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въез-жающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Страховая сумма	<p>Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант VIP» – эквивалент 1 000 000 (один миллион) долларов США</p> <p>Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» – эквивалент 4 000 000 (четыре миллиона) дол-ларов США</p> <p>Пожизненный лимит по страховому риску «Трансплантация»* составляет - эквивалент 1 000 000 (один милли-он) долларов США</p> <p>*дополнительные лимиты в отношении Медицинских и/или Иных услуг по риску «Трансплантация» указаны в разделе «Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»» Про-граммы страхования.</p>
Валюта договора страхова-ния	эквивалент долларов США
Территория страхования	Российская Федерация
Территория оказания меди-цинских и/или иных услуг	<p>Базовая территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохи-рургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» - Израиль, Испания, Южная Корея, Российская Федерация (далее - Базовая страна).</p> <p>По медицинским показаниям - Весь мир</p> <p>Не менее двух из указанных ниже условий должны быть соблюдены (медицинские показания):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и должно быть оказано незамедлительно, так как существует угроза жизни пациента • Лечение не может быть осуществлено на территории Базовой страны оказания Медицинских и/или иных услуг и никакое альтернативное лечение не может быть предоставлено. • Медицинская практика и опыт врачей/медицинских учреждений значительно превышают аналогичные в пределах территории Базовой страны оказания медицинской помощи. • Если лечение вне Базовой страны не будет оказано, существует более чем 80% вероятность полной недее-способности застрахованного лица. <p>Территория оказания услуг по риску «Трансплантация» – Весь мир</p>
Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая	
<p>Общие положения для страхо-вых случаев по рискам «Зло-качественные новообразова-ния»</p> <p>«Кардиохирургия»</p> <p>«Нейрохирургия»</p> <p>«Трансплантация»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать ока-зание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Дого-вора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законода-тельству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, преду-

	<p>смотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В зависимости от Варианта и конкретной Программы страхования в рамках предусмотренных ими лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов бизнес-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Уровень/категория билета и выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 5* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. ○ Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом визовый сбор оплачивает сам Застрахованный. ○ Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: <ul style="list-style-type: none"> А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) Долларов США в год на один страховой случай. . ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписка необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»</p>	<p>При наступлении страхового случая Страховщик оплатит Медицинские и/или Иные услуги за признанные расходы в следующем объеме и при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Международная трансплантация органов от живого донора (далее «Трансплантация») с помощью Поставщика услуг вне территории РФ – оплата Медицинских и/или Иных услуг до соответствующих страховых лимитов, указанных в текущем разделе ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованном медицинском учреждении, имеющем Договор со Страховщиком/Сервисной компанией. • Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик оплатит непосредственно поставщикам услуг фактическую стоимость услуг, перечисленных в текущем разделе ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Страховщика, установленными в текущем разделе: • При соблюдении условий, перечисленных выше в настоящем пункте Страховщик оплачивает фактические расходы в объеме: <ul style="list-style-type: none"> ○ Расходы на медицинское обследование и лечение Застрахованного в стационаре, предусмотренном Договором и Программой страхования при госпитализации в течение которой была проведе-

	<p>на Трансплантация.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата услуг хирургической бригады и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинские услуги в соответствии с Программой страхования. ○ Оплата стационарного лечения до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинские услуги в соответствии с Программой страхования до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства во время госпитализации. ○ Фактические расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении в соответствии с Программой страхования, но не более эквивалента 7 000 (семь тысяч) Долларов США. ○ Сопутствующие расходы, указанные ниже: <ul style="list-style-type: none"> ● Фактические расходы на поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации – но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на поездку и возвращение домой в размере фактической стоимости авиабилета, предусмотренного Договором или Программой страхования в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению Врача-специалиста Страховщика по медицинским причинам, лететь обычным коммерческим рейсом, но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на пребывание, необходимые для цели Трансплантации для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалента 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (сто двадцать тысяч) Долларов США.
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного. ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. ● Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. ● В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. ● В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события.

	<ul style="list-style-type: none"> • Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события. • Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в Страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; • По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. • медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованное лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованное лицу, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p> <p>Не являются страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоя-

	<p>нии или не имеющему права на управление данным транспортным средством;</p> <ul style="list-style-type: none"> • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10).; • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиоперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
<p>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа, за исключением случаев, прямо указанных в Программе страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психириургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по Трансплантации органов от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, если они предусмотрены Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ если Трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена его Договором страхования, Вариантом и Программой страхования; ○ если потребность в Трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени; ○ если Трансплантация органов является аутологической (реципиент Трансплантата является донором для самого себя), за исключением Трансплантации костного мозга; ○ если при Трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу; ○ если Трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме Трансплантации костного мозга) • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатри-

	<p>ческие операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грижевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). • Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. • Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); • предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; • в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); • в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; • в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; • связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. • в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); • не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; • в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; • в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. • Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. • Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. • У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: • Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; • Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; • Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; • Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; • Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; • Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации; • Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); • Если убыток возмещен третьими лицами; • В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть

убытков;
<ul style="list-style-type: none"> • Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ BASIC РФ

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант BASIC РФ» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым риском):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкопения (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10). • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

Страховая сумма	<p>Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант BASIC РФ» – 37 500 000 (тридцать семь миллионов пятьсот тысяч) рублей</p> <p>Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Второе экспертное медицинское мнение» – 75 000 000 (семьдесят пять миллионов) рублей</p>
Валюта договора страхования	Российский рубль
Территория страхования	Российская Федерация
Территория оказания медицинских и/или иных услуг	<p>Территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования» - Российская Федерация.</p> <p>Территория оказания услуг по риску «Второе экспертное медицинское мнение» - Весь мир</p>
<p>Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая</p>	
Общие положения для страховых случаев по рискам «Злокачественные новообразования»	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией. • В рамках предусмотренных лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов эконом - класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям в рамках Программы страхования. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 3-4* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица. ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования»	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: • А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов в на сумму не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на 1 страховой случай. ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписка необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое был проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
Перечень документов,	При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и

<p>предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного; ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. • Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. • В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. • В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события. • Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события. • Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; • По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. • медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>

<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованное лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованное лицу, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
--	---

<p>Исключения из страхования</p> <p>Не являются страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством; • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10); • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды,
--	---

	<p>пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.</p>
<p>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психохирургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). • Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. • Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); • предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; • в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); • в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; • в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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;

	<ul style="list-style-type: none"> • связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. • в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); • не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; • в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; • в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
Освобождение Страховщика от страховой выплаты	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. • Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. • Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. • У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: • Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; • Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; • Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; • Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; • Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; • Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации; • Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); • Если убыток возмещен третьими лицами; • В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков; • Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ STANDARD РФ»

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант STANDARD РФ» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.

	<ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10). • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Кардиохирургия» - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.</p> <p>Риск «Нейрохирургия» - Назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутримозговых структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами.</p> <p>Риск «Трансплантация» - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантации) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты. • Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие совокупные условия: <ul style="list-style-type: none"> ○ Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболевания. ○ Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация. ○ Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками. ○ Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация. ○ Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, выезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

<p>Страховая сумма</p>	<p>Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант STANDARD РФ» – 37 500 000 (тридцать семь миллионов пятьсот тысяч) рублей Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» – 75 000 000 (семьдесят пять миллионов) рублей Пожизненный лимит по страховому риску «Трансплантация»* составляет - эквивалент 1 000 000 (один миллион) долларов США *дополнительные лимиты в отношении Медицинских и/или Иных услуг по риску «Трансплантация» указаны в разделе «Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»» Программы страхования.</p>
<p>Валюта договора страхования</p>	<p>Российский рубль</p>
<p>Территория страхования</p>	<p>Российская Федерация</p>
<p>Территория оказания медицинских и/или иных услуг</p>	<p>Территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия» - Российская Федерация. Территория оказания услуг по риску «Второе экспертное медицинское мнение» - Весь мир Территория оказания услуг по риску «Трансплантация» – Весь мир</p>
<p>Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая</p>	
<p>Общие положения для страховых случаев по рискам «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия» «Трансплантация»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией. • В рамках предусмотренных лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов эконом - класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям в рамках Программы страхования. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 3-4* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица. ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: • А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов в на сумму не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на 1 страховой случай. ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписки необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы</p>

	<p>на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»</p>	<p>При наступлении страхового случая Страховщик оплатит Медицинские и/или Иные услуги за признанные расходы в следующем объеме и при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Международная трансплантация органов от живого донора (далее «Трансплантация») с помощью Поставщика услуг вне территории РФ – оплата Медицинских и/или Иных услуг до соответствующих страховых лимитов, указанных в текущем разделе ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованном медицинском учреждении, имеющем Договор со Страховщиком/Сервисной компанией. • Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик оплатит непосредственно поставщикам услуг фактическую стоимость услуг, перечисленных в текущем разделе ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Страховщика, установленными в текущем разделе: • При соблюдении условий, перечисленных выше в настоящем пункте Страховщик оплачивает фактические расходы в объеме: <ul style="list-style-type: none"> ○ Расходы на медицинское обследование и лечение Застрахованного в стационаре, предусмотренном Договором и Программой страхования при госпитализации в течение которой была проведена Трансплантация. ○ Оплата услуг хирургической бригады и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинские услуги в соответствии с Программой страхования. ○ Оплата стационарного лечения до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинские услуги в соответствии с Программой страхования до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства во время госпитализации. ○ Фактические расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении в соответствии с Программой страхования, но не более эквивалента 7 000 (семь тысяч) Долларов США. ○ Сопутствующие расходы, указанные ниже: <ul style="list-style-type: none"> • Фактические расходы на поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантация – но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на поездку и возвращение домой в размере фактической стоимости авиабилета, предусмотренного Договором или Программой страхования в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению Врача-специалиста Страховщика по медицинским причинам, лететь обычным коммерческим рейсом, но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на пребывание, необходимые для цели Трансплантации для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалента 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на доставку врача-специалиста в программу Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (сто двадцать тысяч) Долларов США.
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного; ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p>

<p>страхового события</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. • Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. • В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. • В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события. • Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснить причины и обстоятельства страхового события. • Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; • По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. • медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованное лицо в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованное лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию,</p>

	<p>не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованное лицо, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p>	
<p>Не являются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством; • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10); • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
<p>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа, за исключением случаев, прямо указанных в Программе страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины.

	<ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психирургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по Трансплантации органов от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, если они предусмотрены Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ если Трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена его Договором страхования, Вариантом и Программой страхования; ○ если потребность в Трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени; ○ если Трансплантация органов является аутологической (реципиент Трансплантата является донором для самого себя), за исключением Трансплантации костного мозга; ○ если при Трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу; ○ если Трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме Трансплантации костного мозга) • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). • Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и сопровождающих его лиц. • Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); • предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; • в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); • в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; • в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; • связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. • в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); • не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; • в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; • в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

- Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения:
- Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц;
- Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;
- Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования;
- Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования;
- Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;
- Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК);
- Если убыток возмещен третьими лицами;
- В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков;
- Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ PREMIUM РФ

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант PREMIUM РФ» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10). • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Кардиохирургия» - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-</p>

	<p>кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.</p> <p>Риск «Нейрохирургия» - Назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутримозговых структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами.</p> <p>Риск «Трансплантация» - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантации) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты. • Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие совокупные условия: <ul style="list-style-type: none"> ○ Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболевания. ○ Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация. ○ Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками. ○ Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация. ○ Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Страховая сумма	<p>Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант PREMIUM РФ» – 75 000 000 (семьдесят пять миллионов) рублей</p> <p>Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» – 150 000 000 (сто пятьдесят миллионов) рублей</p> <p>Пожизненный лимит по страховому риску «Трансплантация»* составляет - эквивалент 1 000 000 (один миллион) долларов США</p> <p>*дополнительные лимиты в отношении Медицинских и/или Иных услуг по риску «Трансплантация» указаны в разделе «Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»» Программы страхования.</p>
Валюта договора страхования	Российский рубль
Территория страхования	Российская Федерация
Территория оказания медицинских и/или иных услуг	Территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия» - Российская Федерация.

	<p>Территория оказания услуг по риску «Второе экспертное медицинское мнение» - Весь мир Территория оказания услуг по риску «Трансплантация» – Весь мир</p>
<p>Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая</p>	
<p>Общие положения для страховых случаев по рискам «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия» «Трансплантация»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией. • В рамках предусмотренных лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов эконом - класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям в рамках Программы страхования. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 3-4* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица. ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: • А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов в на сумму не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на 1 страховой случай. ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписки необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»</p>	<p>При наступлении Страхового случая Страховщик оплатит Медицинские и/или Иные услуги за признанные расходы в следующем объеме и при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Международная трансплантация органов от живого донора (далее «Трансплантация») с помощью Поставщика услуг вне территории РФ – оплата Медицинских и/или Иных услуг до соответствующих страховых лимитов, указанных в текущем разделе ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованном медицинском учреждении, имеющем Договор со Страховщиком/Сервисной компанией. • Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик оплатит непосредственно поставщикам услуг фактическую стоимость услуг, перечисленных в текущем разделе

	<p>ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Страховщика, установленными в текущем разделе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • При соблюдении условий, перечисленных выше в настоящем пункте Страховщик оплачивает фактические расходы в объеме: <ul style="list-style-type: none"> ○ Расходы на медицинское обследование и лечение Застрахованного в стационаре, предусмотренном Договором и Программой страхования при госпитализации в течение которой была проведена Трансплантация. ○ Оплата услуг хирургической бригады и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинские услуги в соответствии с Программой страхования. ○ Оплата стационарного лечения до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинские услуги в соответствии с Программой страхования до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства во время госпитализации. ○ Фактические расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении в соответствии с Программой страхования, но не более эквивалента 7 000 (семь тысяч) Долларов США. ○ Сопутствующие расходы, указанные ниже: <ul style="list-style-type: none"> • Фактические расходы на поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантация – но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на поездку и возвращение домой в размере фактической стоимости авиабилета, предусмотренного Договором или Программой страхования в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению Врача-специалиста Страховщика по медицинским причинам, лететь обычным коммерческим рейсом, но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на пребывание, необходимые для цели Трансплантации для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалента 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США. • Фактические расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (сто двадцать тысяч) Долларов США.
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного; ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. • Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. • В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. • В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран

	<p>определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события. • Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события. • Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в Страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; • По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. • медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде. Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги: Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованному лицу, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p>	
<p>Не являются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в терро-

	<p>ристических актов; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний;</p> <ul style="list-style-type: none"> • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством; • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10); • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
<p>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа, за исключением случаев, прямо указанных в Программе страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психириургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по Трансплантации органов от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, если они предусмотрены Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ если Трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена его Договором страхования, Вариантом и Программой страхования; ○ если потребность в Трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени; ○ если Трансплантация органов является аутологической (реципиент Трансплантата является донором для самого себя), за исключением Трансплантации костного мозга;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ если при Трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу; ○ если Трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме Трансплантации костного мозга) ● Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями. ● Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. ● Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. ● Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. ● Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). ● Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. ● Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. ● Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); ● предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; ● в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); ● в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; ● в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; ● связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. ● в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); ● не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; ● в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; ● в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. ● Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. ● Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. ● У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: ● Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; ● Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; ● Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; ● Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; ● Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; ● Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные

	<p>законодательством Российской Федерации;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); • Если убыток возмещен третьими лицами; • В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков; • Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.
--	---

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ» ВАРИАНТ VIP РФ

Программа страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант VIP РФ» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельства, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10). • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Кардиохирургия» - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.</p> <p>Риск «Нейрохирургия» - Назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами.</p>

	<p>Риск «Трансплантация» - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантации) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты. • Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие совокупные условия: <ul style="list-style-type: none"> ○ Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболевания. ○ Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация. ○ Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками. ○ Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация. ○ Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Страховая сумма	<p>Годовой лимит по Программе страхования «МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТАНДАРТ. Вариант VIP РФ» – 150 000 000 (сто пятьдесят миллионов) рублей</p> <p>Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия», «Второе экспертное медицинское мнение» – 300 000 000 (триста миллионов) рублей</p> <p>Пожизненный лимит по страховому риску «Трансплантация»* составляет - эквивалент 1 000 000 (один миллион) долларов США</p> <p>*дополнительные лимиты в отношении Медицинских и/или Иных услуг по риску «Трансплантация» указаны в разделе «Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»» Программы страхования.</p>
Валюта договора страхования	Российский рубль
Территория страхования	Российская Федерация
Территория оказания медицинских и/или иных услуг	<p>Территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия» - Российская Федерация.</p> <p>Территория оказания услуг по риску «Второе экспертное медицинское мнение» - Весь мир</p> <p>Территория оказания услуг по риску «Трансплантация» – Весь мир</p>
Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая	
<p>Общие положения для страховых случаев по рискам «Злокачественные новообразования»</p> <p>«Кардиохирургия»</p> <p>«Нейрохирургия»</p> <p>«Трансплантация»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией.

	<ul style="list-style-type: none"> • В рамках предусмотренных лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов бизнес - класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям в рамках Программы страхования. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 5* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица. ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования» «Кардиохирургия» «Нейрохирургия»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: • А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов в на сумму не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на 1 страховой случай. ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписка необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое был проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по риску «Трансплантация»</p>	<p>При наступлении страхового случая Страховщик оплатит Медицинские и/или Иные услуги за признанные расходы в следующем объеме и при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Международная трансплантация органов от живого донора (далее «Трансплантация») с помощью Поставщика услуг вне территории РФ – оплата Медицинских и/или Иных услуг до соответствующих страховых лимитов, указанных в текущем разделе ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованном медицинском учреждении, имеющем Договор со Страховщиком/Сервисной компанией. • Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик оплатит непосредственно поставщикам услуг фактическую стоимость услуг, перечисленных в текущем разделе ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности Страховщика, установленными в текущем разделе: • При соблюдении условий, перечисленных выше в настоящем пункте Страховщик оплачивает фактические расходы в объеме: <ul style="list-style-type: none"> ○ Расходы на медицинское обследование и лечение Застрахованного в стационаре, предусмотренном Договором и Программой страхования при госпитализации в течение которой была проведена Трансплантация. ○ Оплата услуг хирургической бригады и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинские услуги в соответствии с Программой страхования. ○ Оплата стационарного лечения до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинские услуги в соответствии с Программой страхования до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы, лекарства во время госпитализации. ○ Фактические расходы на перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания.

	<p>ния в случае смерти Застрахованного во время его пребывания на лечении в соответствии с Программой страхования, но не более эквивалента 7 000 (семь тысяч) Долларов США.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Сопутствующие расходы, указанные ниже: <ul style="list-style-type: none"> ● Фактические расходы на поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации – но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на поездку и возвращение домой в размере фактической стоимости авиабилета, предусмотренного Договором или Программой страхования в оба конца для Застрахованного и одного сопровождающего, или, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если Застрахованный не в состоянии, по мнению Врача-специалиста Страховщика по медицинским причинам, лететь обычным коммерческим рейсом, но не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США. ● Фактические расходы на пребывание, необходимые для цели Трансплантации для Застрахованного и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 (двух) сопровождающих, но не более эквивалента 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США. <p>Фактические расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (сто двадцать тысяч) Долларов США.</p>
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного; ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. ● Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. ● В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. ● В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события. ● Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события. ● Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; ● По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фак-

	<p>тически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства.</p> <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. • медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованное лицо в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованное лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованное лицо, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p> <p>Не являются страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством; • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством

	<p>Застрахованного;</p> <ul style="list-style-type: none"> • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10); • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
<p>Медицинские и/или Иные услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа, за исключением случаев, прямо указанных в Программе страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психохирургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг при проведении хирургических операций по Трансплантации органов от живого донора или любого вида Трансплантации костного мозга, если они предусмотрены Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ если Трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена его Договором страхования, Вариантом и Программой страхования; ○ если потребность в Трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени; ○ если Трансплантация органов является аутологической (реципиент Трансплантата является донором для самого себя), за исключением Трансплантации костного мозга; ○ если при Трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу; ○ если Трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме Трансплантации костного мозга) • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации само-

	<p>стоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного.</p> <ul style="list-style-type: none"> Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения; в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации; Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); Если убыток возмещен третьими лицами; В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков; Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦ»

Программа страхования «Лечение без границ» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора (Полиса) добровольного медицинского страхования критических заболеваний (далее – Договор страхования, Полис).

Страховщик	ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни"
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования.
Страховые риски/ Страховые случаи	<p>Страховой риск - предполагаемое событие, требующее оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг, отвечающее признакам вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.</p> <p>Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):</p> <p>Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия Договора страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом. Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные новообразования, которые диагностированы, как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. • Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. • Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы. • Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). • Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. • Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L)/ хронический лимфоцитарный лейкоз (ICD 91.10). • Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний. <p>Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения 1 (один) раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом. • Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Онкология ○ Неврология ○ Нефрология ○ Ортопедия ○ Кардиология
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Страховая сумма	Годовой лимит по Программе страхования «ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦ» – 6 000 000 (шесть миллионов) рублей Пожизненный лимит в отношении страховых рисков «Злокачественные новообразования», «Второе экспертное медицинское мнение» – 30 000 000 (тридцать миллионов) рублей
Валюта договора страхования	Российский рубль
Территория страхования	Российская Федерация

<p>Территория оказания медицинских и/или иных услуг</p>	<p>Территория при организации лечения по рискам «Злокачественные новообразования» - Российская Федерация. Территория оказания услуг по риску «Второе экспертное медицинское мнение» - Весь мир</p>
<p>Перечень медицинских и иных услуг и порядок взаимодействия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая</p>	
<p>Общие положения для страховых случаев по рискам «Злокачественные новообразования»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг надлежащего объема и качества, произвести оплату указанных услуг, а также если это прямо предусмотрено Договором страхования, по необходимости возместить понесенные Страхователем \ Застрахованным в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования. • Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию Медицинских и/или Иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ. Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования. В этом случае Страхователь (Застрахованный) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией. • В рамках предусмотренных лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оплата авиа и ж/д билетов эконом - класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту/на вокзале и медицинская транспортировка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до гостиницы или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено. Присутствие сопровождающего лица должно быть обусловлено медицинскими показаниями и согласовано Страховщиком/Сервисной компанией. Выбор средства передвижения определяются по медицинским показаниям в рамках Программы страхования. ○ Проживание Застрахованного лица (в одноместном номере) и одного сопровождающего лица (при наличии Сопровождающего лица - в двухместном номере): проживание в гостинице 3-4* оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и сопровождающего его лица. ○ Выбор гостиницы производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу. ○ Транспортировка в медицинское учреждение: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из гостиницы и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения. • Страховщик в случае смерти Застрахованного и/или Сопровождающего лица, произошедшей в ходе лечения Застрахованного, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организует репатриацию останков Застрахованного и/или Сопровождающего лица (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), предоставляет услуги и материалы, необходимые для подготовки тела и его транспортировки. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках Договора страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного, без согласования со Страховщиком.
<p>Перечень Медицинских и/или Иных услуг для страховых случаев по рискам: «Злокачественные новообразования»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перечень Медицинских услуг, оказываемых Застрахованному в медицинском учреждении, включает в себя: • А. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами; ○ Диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; ○ Лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика, разрешенные к применению на территории Российской Федерации или страны, предусмотренной Договором страхования, Вариантом или Программой страхования и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями по выбору Страховщика; ○ Имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов в на сумму не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на 1 страховой случай. ○ Лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении в рамках предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования ограничений и страховых сумм. ○ Страховщик может организовывать пребывание одного Сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям; ○ Выписки необходимой медицинской документации; <p>В случае истечения срока действия страховой Программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое бы выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страхования. Если обращение по страховому случаю было одобрено Страховщиком в течение срока действия страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страхования.</p>
<p>Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым (кроме риска «Второе экспертное медицинское мнение»)</p>	<p>При первичной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после наступления события, имеющего признаки страхового, сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.). Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного; ○ Страхователь /Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования. <p>Указанные документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>
<p>Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события</p>	<p>Страховщик /Сервисная компания после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, и об организации лечения обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по представлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном), в срок не позднее 14 рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов. ● Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, перечисленных в предыдущем разделе, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем. ● В случае принятия решения об отказе в признании события Страховым случаем в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить в адрес лица, обратившегося с заявлением, письменный ответ с указанием причин принятого решения. ● В случае признания случая страховым направить уведомление Застрахованному о возможности организации Медицинских и/или Иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении лечения в Российской Федерации или за ее пределами (полный список стран определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования). <p>Страховщик, если это необходимо, вправе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному), в правоохранительные и иные органы, в медицинские и другие учреждения, ФОМС, страховые и сервисные компании, гражданам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события. ● Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно установить факты, выяснить причины и обстоятельства страхового события. ● Отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) в следующих случаях: если Страховщиком был направлен запрос в компетентные органы, или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней; ● По своему усмотрению сократить указанный перечень и/или принять решение о достаточности фактически представленных документов, если они позволяют достоверно установить факт наступления события, а также его причину и обстоятельства. <p>Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному Медицинских и/или Иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских и/или Иных услуг в соответствии со следующим порядком:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования осуществляется Страховщиком. ● медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования, включая транспортные, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, размещение в гостинице с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования. После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном медицинском учреждении Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более 30 дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя. <p>Отказ Застрахованного от лечения фиксируется Страховщиком в письменном виде.</p> <p>Оплата Медицинских и /или Иных услуг производится в валюте страны, в которой они оказываются (или в иной валюте в соответствии с деловой практикой данной страны). В случае если валюта оплаты услуг отлична от валюты Договора страхования, то размер оплаты может быть конвертирован в валюту Договора по курсу банка, через который был осуществлен перевод на дату данного перевода.</p>
<p>Перечень услуг и порядок их оказания по риску «Второе экспертное медицинское мнение»</p>	<p>После обращения Застрахованного в период действия страхования и признания случая страховым, Страховщик/Сервисная компания рекомендует услуги соответствующего Врача-специалиста. При необходимости Страховщик/Сервисная компания упорядочит и переведет Историю болезни, подготовит запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения. Страховщик/Сервисная компания обязуется направить медицинские материалы и запрос на получение Второго экспертного медицинского мнения подходящему Врачу-специалисту и обеспечить передачу Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных слу-</p>

	<p>чаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Второго экспертного медицинского мнения Застрахованному лицу может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик/Сервисная компания полностью получит требуемую медицинскую информацию. В случае отсутствия в Истории болезни Застрахованного Первого медицинского мнения данная История болезни не может быть направлена Врачу-специалисту, и услуга Второе экспертное медицинское мнение не будет оказана.</p> <p>Порядок получения услуги:</p> <p>Для получения Медицинских и/или Иных услуг Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию по контактным данным, указанным в Договоре страхования. Сервисная компания сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию он должен будет представить для отправки запроса на получение Второго экспертного медицинского мнения. При необходимости после получения запроса и Истории болезни, Сервисная компания связывается с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации; в этом случае запрос, на основании которого должно быть составлено Второе экспертное медицинское мнение, будет отправлен после их получения.</p> <p>После получения Истории болезни Застрахованного, в том числе всех медицинских документов, которые требуются для выполнения Услуги, запрос будет направлен врачу-специалисту. Второе экспертное медицинское мнение составляется на основании Истории болезни Застрахованного. Дата выдачи заключения зависит от даты получения Сервисной компанией полной Истории болезни Второе экспертное медицинское мнение является информационной услугой и никоим образом не заменяет посещение врача и медицинскую консультацию, не является медицинской услугой или рекомендацией. Страховщик не несет ответственности за результат и/или качество конкретной медицинской консультации и/или рекомендации и/или отсутствия таковых в связи с предоставленными услугами по отношению к Застрахованному лицу, не предоставляет медицинские услуги, не является частью медицинского персонала.</p> <p>Территория оказания услуги указана в разделе Территория оказания медицинских и/или иных услуг, количество обращений в рамках риска Второе экспертное медицинское мнение - 1 раз в течение действия договора страхования.</p>
<p>Исключения из страхования</p>	
<p>Не являются Страховыми случаями события из числа перечисленных в разделе Страховые случаи, если они произошли при следующих обстоятельствах:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Совершения или попытки совершения Застрахованным или Страхователем противоправных действий; • Во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, содержания под стражей; а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления; • Во время подготовки, а также непосредственного участия или подготовки Застрахованного в террористических актах; в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний; • В результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицом, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством; • В результате Предшествовавших состояний или их последствий заболеваний и состояний, диагностированных до даты начала действия Договора страхования и если лечение, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования, если при заключении Договора страхования Страховщиком не был проведен индивидуальный медицинский андеррайтинг; если Застрахованный (Страхователь) намеренно не сообщил Страховщику о наличии таких Заболеваний Застрахованного при проведении индивидуального медицинского андеррайтинга; • Если наступление Страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного; • В результате любых врожденных пороков и/или аномалий развития; • В результате злокачественных новообразований, если до даты начала срока страхования у Застрахованного развились и/или были диагностированы новообразования и их последствия (в том числе виды злокачественных новообразований), отличные от тех, с которыми Застрахованный обратился к Страховщику; • В результате всех форм рака кожи (кроме меланомы); • В результате хронического лимфоцитарного лейкоза / хронической лимфоцитарной лейкемии (ICD 91.10); • В результате эндокардита и поражении сердечных клапанов, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем); • В результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных Врачом; • В результате авиационного происшествия во время полетов Застрахованного на любом воздушном судне, кроме случаев полета в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полета в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего, или пилота воздушного судна службы скорой помощи или службы спасения; • При одновременном наличии у Застрахованного состояний\заболеваний, в результате которых последнему не может быть оказано лечение и/или такое лечение принесет значительный ущерб здоровью; • В результате профессиональной деятельности Застрахованного, включая, но не ограничиваясь: работа с радиоактивными, взрывчатыми, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (в том числе асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль кремнезема, диоксины и др.); работа, связанная с повышенным риском, в том числе с источниками повышенной опасности, работа со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями, на ТЭС, ГЭС, АЭС, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, в инкассации, служба в вооруженных силах; МЧС; посещением зон вооруженных конфликтов; в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.
<p>Медицинские и/или Иные</p>	<p>В рамках Договора страхования не оказываются Медицинские и/или Иные услуги, а также не возмещаются</p>

<p>услуги, не предусмотренные Программой страхования</p>	<p>расходы на их оказание из числа перечисленных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, оказанных вне сроков действия страхования, кроме случаев и ограничений, прямо предусмотренных Договором страхования, Вариантом и/или Программой страхования. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком. • Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего Врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Медицинских учреждениях. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в результате Трансплантации органа • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, не назначенных лечащим Врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных препаратов без медицинских показаний. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в ходе оказания Экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг в связи с лечением последствий родовых травм и врожденных пороков развития, в том числе врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника, психических расстройств и заболеваний. • Любые расходы, связанные с проведением психохирургических операций. • Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости); бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, а также реконструкции лица после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем; кроме операции по реконструкции груди/молочных желез после резекции молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями. • Получение Застрахованным Медицинских и/или Иных услуг, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. • Расходы по оплате Медицинских и/или Иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения. • Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца). • Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающих его лиц. • Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача. • Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные без согласования со Страховщиком самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
<p>Не признается страховым случаем</p>	<p>Не признается страховым случаем (и следовательно Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату Медицинских и/или Иных услуг) обращение Застрахованного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания временной франшизы или после расторжения Договора страхования (кроме случаев прямо предусмотренных Договором страхования, Программой или Вариантом страхования); • предусмотренных настоящей Программой, для лица, не являющегося 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/или Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой; • в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ); • в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональной основе; • в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица 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; • связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации. • в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши); • не предусмотренных конкретным Договором страхования, Вариантом и Программой добровольного медицинского страхования; • в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;

	<ul style="list-style-type: none"> • в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и/или Иных услуг в Медицинских и/или Иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.
<p>Освобождение Страховщика от страховой выплаты</p>	<p>Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. • Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий. • Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. • У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения: • Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц; • Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации; • Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами; • Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования; • Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования; • Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации; • Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК); • Если убыток возмещен третьими лицами; • В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков; • Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного Договора страхования.

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

1. Страховые тарифы (базовые тарифные ставки)

Базовые тарифные ставки установлены в % от страховой - суммы.

Базовые тарифные ставки рассчитаны, исходя из нагрузки $f = 50\%$, при изменении нагрузки величина тарифных ставок изменяется соответственно. При установлении нагрузки f_2 страховые тарифы получаются умножением базовой тарифной ставки на коэффициент $k = (1-f)/(1-f_2)$. Предельное значение нагрузки f_2 определено в Структуре тарифных ставок.

- 1.1. Риск «Злокачественные новообразования» (п.п. 4.1.1. Правил страхования) - 0,122%.
- 1.2. Риск «Кардиохирургия» (п.п. 4.1.2. Правил страхования) - 0,025%.
- 1.3. Риск «Нейрохирургия» (п.п. 4.1.3. Правил страхования) - 0,014%.
- 1.4. Риск «Трансплантация» (п.п. 4.1.4. Правил страхования) - 0,010%.
- 1.5. Риск «Второе экспертное медицинское мнение» (п.п. 4.1.5. Правил страхования) - 0,012%.

2. Применение поправочных коэффициентов

2.1. Базовые тарифные ставки соответствуют сроку страхования 1 год. При сроке страхования менее одного года к базовым тарифным ставкам применяется поправочный коэффициент 0,01 – 1. При сроке страхования более одного года базовая тарифная ставка за полное число лет страхования получается умножением годовой базовой тарифной ставки на число полных лет страхования, общая базовая тарифная ставка находится суммированием ставок за полное число лет страхования и неполный год страхования.

2.2. В случае если договором предусмотрена рассроченная уплата взноса, то величина тарифной ставки, соответствующей рассроченной уплате взноса, равна годовой тарифной ставке, умноженной на коэффициент K_h .

Периодичность уплаты взносов	полугодовая	квартальная	ежемесячная
K_h	0,5100	0,2625	0,0900

Коэффициенты K_h учитывают дополнительные административные издержки Страховщика при уплате взносов в рассрочку. В зависимости от особенностей конкретного портфеля договоров значения коэффициента K_h может быть изменено.

2.3. Базовые страховые тарифы соответствуют стандартному перечню исключений и ограничений, установленных Правилами страхования. В случае расширения или сужения объема ответственности Страховщика применяется поправочный коэффициент 0,1–10,0 с учетом объема фактической ответственности.

2.4. Поскольку отношение страховой выплаты (при условии наступления убытка) к страховой сумме существенно зависит от размера страховой суммы (поэтому не может считаться одинаково распределенным для договоров страхования с разными страховыми суммами), Страховщик имеет право применять поправочный коэффициент из диапазона 0,05–20,0 к базовым страховым тарифам из в зависимости от соотношения фактической и базовой страховых сумм и условий договора страхования.

2.5. Также Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты с учетом условий договора и различных обстоятельств, влияющих на вероятность наступления страхового случая и величину возможного ущерба:

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска, и условия договора	Диапазон поправочных коэффициентов
Специфика и ценовой уровень медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений	0,1–10,0
Пол, возраст и состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, предшествующих заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,3–15,0
Род занятий и увлечений Застрахованного, характер его производственной деятельности	0,5–7,0
Регион пребывания Застрахованного, зона покрытия	0,3–6,0
Количество Застрахованных по договору	0,2–1,0
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования, прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска и индивидуальные условия договора	0,2–5,0

ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

№ _____

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

_____, именуемое в дальнейшем Заказчик, имеющее лицензию СЛ №3984 от 25 сентября 2018 г. (бессрочно), в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующей на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий Договор страхования о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий Договор страхования заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования (далее Правила страхования) (Приложение №__ к настоящему Договору страхования), положения которых являются обязательными для обеих Сторон. При расхождении положений настоящего Договора страхования с положениями Правил страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования.

1.2. Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования с учетом разделов 4 и 5 настоящих Правил

1.3. Страховым случаем признается обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим перечнем обстоятельств (страховым рискам):

1.3.1. Риск «Злокачественные новообразования» - диагностирование и назначение лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом). Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:

- Злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.

- Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.

- Заболевания кожи следующих типов:

- Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

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

- Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являющиеся прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

- Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.

- Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.Л.Л)/ хронический лимфоцитарный лейкоз.

- Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний.

1.3.2. Риск «Кардиохирургия» - назначение плановой кардиохирургической операции в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного методом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательства и подтвержденного Врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Правил признаются операции по назначению Врача-кардиолога, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.

1.3.3. Риск «Нейрохирургия» - назначение плановой нейрохирургической операции врачом-нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответствующего оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Правил признаются любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга («Нейрохирургия»). Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных новообразований, а также врожденными дефектами

1.3.4. Риск «Трансплантация» - назначение операции по Международной трансплантации органов от живого донора (далее Трансплантация, Международная трансплантация от живого донора) медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с первичным установлением Застрахованному в период Срока страхования диагноза, подтвержденного результатами медицинского обследования.

- Под Трансплантацией для целей Правил подразумевается хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм Застрахованного. Трансплантацией не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные импланты.

- Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать следующие совокупные условия:

- Необходимость проведения Трансплантации в целях лечения должна быть определена не менее чем двумя Врачами-

специалистами, специализирующимися на лечении соответствующего заболевания.

- Трансплантация будет выполняться в медицинском учреждении вне территории РФ, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация.
- Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками.
- Трансплантация будет производиться в соответствии с государственными стандартами страны, где будет выполняться Трансплантация.
- Имеется в наличии орган, подходящий для Трансплантации Застрахованного, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанной в Договоре страхования.

1.3.5. Риск «Второе экспертное медицинское мнение» - получение Второго Экспертного Медицинского Мнения - повторного заключения о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенного поставщиком услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного.

1.3.6. Застрахованное лицо имеет право на получение Второго экспертного медицинского мнения _____ раз в течение страхового года на перечисленных ниже условиях:

- Второе экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами по выбору Страховщика на основе Первого медицинского мнения и Истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику или назначенному им представителю/Сервисной компании, без обязательного физического обследования Застрахованного Врачом-специалистом.
- Второе экспертное медицинское мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:
 - Онкология
 - Неврология
 - Нефрология
 - Ортопедия
 - Кардиология

1.4. Страховщик при наступлении страхового случая принимает на себя обязанности по организации и оплате медицинских и/или иных услуг Застрахованным лицам (лицам, в пользу которых заключен настоящий Договор страхования) по Программам добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний. Перечень медицинских и/или иных услуг, оказываемых Застрахованным лицам, порядок их оказания, перечень медицинских и иных учреждений, оказывающих услуги Застрахованным лицам, определены в Программах страхования (Приложения _____ к настоящему Договору страхования).

1.5. При заключении Договора страхования Страховщик вручает Страхователю Правила добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний, Программы страхования и другие документы.

1.6. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения настоящего Договора страхования составляет ____ (_____) человека. Списки Застрахованных лиц (Приложение №__ к настоящему Договору страхования) с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса и телефона, выбранной Программы страхования передаются Страхователем Страховщику при заключении Договора страхования. Списки составляются в двух экземплярах, один из которых передается Страховщику, а один остается у Страхователя.

1.7. В случае необходимости внесения изменений в списки Застрахованных лиц (принятие на страхование, снятие со страхования, замена Застрахованных лиц) Страхователь предоставляет в письменном виде Страховщику сведения об исключаемых из списка и включаемых в него по форме согласно Приложению №__ к настоящему Договору страхования за _____ рабочих дней до предполагаемых изменений. Все изменения оформляются Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора страхования.

1.7.1. Страховые полисы и оформленное в письменном виде согласие Застрахованных лиц на их замену другими лицами по настоящему Договору страхования (на основании требований пункта 2 статьи 955 Гражданского кодекса РФ), передаются Страховщику в момент предоставления сведений об исключаемых из списка Застрахованных лиц в соответствии с п. 1.7. настоящего Договора страхования.

1.8. При уменьшении численности Застрахованных лиц более чем на _____ от количества Застрахованных лиц на дату подписания настоящего Договора страхования, Страховщик имеет право на перерасчет годовой страховой премии за одного Застрахованного лица.

1.9. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц (Приложение №__ к настоящему Договору страхования) производится _____ раза в месяц и оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

1.10. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц (принятие на страхование, снятие со страхования, замена Застрахованных лиц) прекращается за _____ месяца до окончания срока действия настоящего Договора страхования.

2. Страховая сумма. Размер, сроки и порядок внесения страховой премии

2.1. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязуется по настоящему Договору страхования оплачивать стоимость оказываемых медицинских и иных услуг, составляет для каждого Застрахованного лица _____ (_____) рублей:

- по программе _____ : _____ (_____) рублей;
- по программе _____ : _____ (_____) рублей;
- по программе _____ : _____ (_____) рублей...

2.2. Страховые премии по каждому Застрахованному лицу определяются в следующем размере:

Программа страхования	Страховая премия за одного Застрахованного лица за год – сумма в рублях	Количество Застрахованных лиц

2.3. Общая страховая премия по настоящему Договору страхования составляет _____ (_____) рублей **00 копеек**, НДС не облагается (ст. 149 НК РФ).

2.4. Общая страховая премия уплачивается Страхователем путем перечисления на расчетный счет Страховщика _____ не позднее _____ года.

либо

Общая страховая премия уплачивается Страхователем путем перечисления на расчетный счет Страховщика в рассрочку в следующем порядке:

- первый страховой взнос** за период с _____ по _____ составляет _____ (_____) рублей 00 копеек, НДС не облагается (ст. 149 НК РФ) и уплачивается не позднее _____ г.;
- второй страховой взнос** за период с _____ по _____ составляет _____ (_____) рублей 00 копеек, НДС не облагается (ст. 149 НК РФ) и уплачивается не позднее _____ г.;

и т.п.

2.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц (принятия на страхование), Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию за период с даты включения в список Застрахованных лиц до даты окончания периода страхования в размере _____ от индивидуальной страховой премии, установленной в п.2.2. настоящего Договора страхования.

2.6. В случае досрочного расторжения Договора страхования по требованию Страхователя и/или досрочного снятия со страхования всех Застрахованных лиц, Страховщик, по письменному запросу Страхователя, возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за вычетом понесенных Страховщиком расходов на ведение дела, а также за вычетом одной из двух сумм, которая больше по абсолютному значению:

- часть страховой премии в размере _____;
- сумма страховых выплат по Договору страхования.

При этом индивидуальная страховая премия за период действия страхования рассчитывается в следующем порядке: _____.

2.7. Замена одного Застрахованного лица на другого (с одной даты) в рамках одной Программы страхования (Приложение №2 к настоящему Договору страхования) производится в следующем порядке: _____/ не производится. Количество производимых замен не может превышать _____ от первоначальной численности Застрахованных лиц.

2.8. Страховая премия (страховой взнос) по настоящему Договору страхования считается оплаченной после поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

3. Срок действия договора

3.1. Договор страхования вступает в силу с «__» _____ 20__ года и действует по «__» _____ 20__ года.

3.2. Страховыми случаями по настоящему Договору страхования признаются страховые события, произошедшие в период с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года.

3.3. Срок страхования в отношении конкретного Застрахованного лица определяется выданным ему страховым полисом, но не может превышать срок действия настоящего Договора страхования.

4. Права и Обязанности Сторон

4.1. Страхователь имеет право:

4.1.1. выбирать программы страхования из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

4.1.2. по согласованию со Страховщиком изменять перечень страховых рисков, программ страхования, медицинских и иных учреждений, изменять программы страхования, размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии. Внесение изменений в действующие программы страхования, а также включение новых программ страхования, иных медицинских учреждений и услуг в настоящий Договор страхования возможно на следующих условиях: _____.

4.1.3. вносить изменения в список Застрахованных лиц путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

4.1.4. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

4.2. Страхователь обязан:

4.2.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

4.2.2. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, Правилах и программах страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

4.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;

4.2.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

4.2.5. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

4.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

4.2.7. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.

4.3. Страховщик имеет право:

4.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае, если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

4.3.2. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

4.3.3. при заключении Договора страхования и во время его действия Страховщик имеет право применять возрастные повышающие коэффициенты к индивидуальной страховой премии, установленной в п.2.2. настоящего Договора на основании результатов оценки риска;

4.3.4. досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением Страхователя.

4.3.5. В течение ___ календарных дней, предшествующих дате истечения срока действия настоящего Договора, Страховщик вправе любым доступным способом известить Страхователя или его уполномоченное лицо о дате окончания срока действия настоящего Договора и об условиях заключения договора страхования на новый срок.

4.3.6. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в сервисные организации, медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования.

4.4. Страховщик обязан:

4.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами и Программами страхования;

4.4.2. выдать Застрахованным лицам через Страхователя страховые полисы в течение ___ (_____) рабочих дней с момента поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика и предоставления Страховщику подписанного Договора страхования со всеми необходимыми приложениями.

4.4.3. организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Договором страхования;

4.4.4. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования;

4.4.5. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

4.4.6. соблюдать тайну страхования.

4.5. Застрахованное лицо имеет право:

4.5.1. получать услуги в соответствии с программой страхования;

4.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования;

- 4.5.3. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;
- 4.5.4. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты.
- 4.6. **Застрахованное лицо обязано:**
- 4.6.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;
- 4.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;
- 4.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации), при соблюдении требований закона о персональных данных;
- 4.6.4. предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, в пределах соблюдения законодательных требований о медицинской и/или врачебной тайне, иных требований действующего законодательства РФ;
- 4.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.
- 4.7. Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют, в соответствии с законодательством РФ, их законные представители.

5. Ответственность Сторон

- 5.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора страхования.
- 5.2. Страховщик не несет ответственность в случаях нарушения Застрахованным лицом установленного в медицинском учреждении порядка;
- 5.3. Страховщик освобождается от оплаты полученных Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, если они:
- не предусмотрены Договором страхования;
 - получены в медицинском и/или ином учреждении, не предусмотренном в Договоре страхования, кроме случаев, когда получение медицинских и иных услуг на базе данных медицинских и/или иных учреждений было письменно согласовано со Страховщиком;
 - являются по характеру экспериментальными или исследовательскими.
- 5.4. Во всех случаях Страховщик не оплачивает медицинские и/или иные услуги, которые были оказаны по желанию Застрахованного лица, вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

6. Прекращение действия договора

- 6.1. По истечении срока действия настоящий Договор страхования автоматически не пролонгируется. За _____ до окончания срока действия настоящего Договора страхования стороны ведут переговоры о заключении Договора страхования на новый период.
- 6.2. О намерении досрочного расторжения Договора страхования сторона-инициатор расторжения, обязана уведомить другую не менее чем за _____ дней до предполагаемой даты расторжения.
- 6.3. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору страхования:
- 6.3.1. при истечении срока действия Договора страхования;
- 6.3.2. в случае смерти Застрахованного лица (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного лица);
- 6.3.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме;
- 6.3.4. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;
- 6.3.5. по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 6.3.6. по соглашению Сторон;
- 6.3.7. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7. Форс-мажорные обстоятельства

- 7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому Договору страхования становится невозможным.
- 7.2. Сторона, для которой сложилась такая невозможность исполнения обязательств по настоящему Договору страхования, обязана в течение семи дней письменно известить другую сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями.

8. Особые условия

- 8.1. Представляемая сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора страхования, сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении будут считаться конфиденциальной информацией.
- 8.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

9. Порядок урегулирования споров

- 9.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.
- 9.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.

10. Прочие положения

- 10.1. Приложения к настоящему Договору страхования являются его неотъемлемой частью.
- 10.2. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором страхования или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным адресам местонахождения сторон.
- 10.3. Изменения и дополнения в настоящий Договор страхования могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме. Каждая из сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку Списка Застрахованных (исключение увеличившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.
- 10.4. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.
- 10.5. Настоящий Договор страхования составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

11. Приложения

- 11.1. Приложение № __ – Правила добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний № 15 в редакции, действующей на дату заключения настоящего Договора страхования.

- 11.2. Приложение № __ – Программы страхования.
11.3. Приложение № __ – Списки Застрахованных лиц.

12. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон

СТРАХОВЩИК:

Полное наименование организации
Сокращенное наименование организации

Адрес (место нахождения):
Почтовый адрес:
Телефон:

Банковские реквизиты:

расчетный счет №

в

к/с

БИК

ОГРН

ИНН/КПП

ОКПО

ОКОГУ

ОКАТО

ОКВЭД

ОКОПФ

ОКФС

ОГРН

Дата регистрации:

Свидетельство:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Полное наименование организации
Сокращенное наименование организации

Адрес (место нахождения):
Почтовый адрес:
Телефон:

Банковские реквизиты:

расчетный счет №

в

к/с

БИК

ОГРН

ИНН/КПП

ОКПО

ОКОГУ

ОКАТО

ОКВЭД

ОКОПФ

ОКФС

ОГРН

Дата регистрации:

Свидетельство:

Настоящим Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов персональных данных (физических лиц – выгодоприобретателей/ застрахованных лиц) на передачу их персональных данных Страховщику для заключения и исполнения договора страхования.

___ . ___ . 20__ г. _____
дата подпись ФИО
МП

СТРАХОВЩИК:

Должность

МП

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Должность

МП

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ (ПОЛИС) ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

№ _____ от ХХ.ХХ.ХХХХ г. _____

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения Договора добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний (далее - Договор страхования, Полис) на условиях Программы добровольного медицинского страхования _____ и Общих условий страхования физических лиц (далее – Программа страхования, Общие условия), разработанных на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний №15 в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования (далее – Правила страхования), при условии уплаты страховой премии Страхователем в установленном размере и указанный срок.

Страховщик: ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни», адрес: 115035, Российская Федерация, г. Москва, Кадашёвская набережная, д.30.
Телефон: 8 800 200 68 86. Банковские реквизиты: р/с 40701810200000000295 в АО "РАЙФФАЙЗЕНБАНК", к/с 30101810200000000700, 044525700, ИНН 7706548313 КПП 770601001.

СТРАХОВАТЕЛЬ

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ТЕЛЕФОН	ЭЛ. АДРЕС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	НАИМЕНОВАНИЕ, НОМЕР И СЕРИЯ ДОКУМЕНТА, КЕМ ВЫДАН		

ЗАСТРАХОВАННЫЙ

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ТЕЛЕФОН	ЭЛ. АДРЕС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	НАИМЕНОВАНИЕ, НОМЕР И СЕРИЯ ДОКУМЕНТА, КЕМ ВЫДАН		

ВАРИАНТ СТРАХОВАНИЯ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного к Страховщику /Сервисную компанию за Медицинскими и/или Иными услугами в связи с наступлением в соответствии с усл настоящим Договором страхования и в период его действия (в период срока страхования) обстоятельств из чис жеперечисленных, требующих оказания и оплаты Медицинских и/или Иных услуг в связи со следующим пере обстоятельством (страховыми рисками):

СТРАХОВЫЕ РИСКИ/ СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ (ПО ВЫБРАННОМУ ВАРИАНТУ СТРАХОВАНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ)

- Риск «Лечение злокачественных новообразований». Страховой случай - диагностирование и наз лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия страховани теризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проник ткань различного гистологического типа с учетом Исключений из Программы страхования и/или
- Риск «Кардиохирургия». Страховой случай - назначение плановой кардиохирургической операции с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования диагноза, подтвержден тодом радиологической диагностики и требующего соответствующего оперативного вмешательстве твержденного врачом-кардиологом. Кардиохирургическими операциями в целях Договора стра признаются операции по назначению врача-кардиолога, направленные на восстановление кровоти териях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерг мощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердеч панов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечен шений сердечного ритма. Катетеризация сердца (в том числе диагностическая ангиография) не классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием и/или
- Риск «Нейрохирургия». Страховой случай - назначение плановой нейрохирургической операции нейрохирургом в связи с первичным установлением Застрахованному в период срока страхования за, подтвержденного результатами медицинской визуальной диагностики, требующего соответс оперативного вмешательства. Нейрохирургической операцией в целях Договора страхования при любые хирургические вмешательства на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях спинного мозга Нейрохи ские операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, ными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачестве вообразований, а также врожденными дефектами и/или
- Риск «Трансплантация». Страховой случай - назначение операции по Международной трансплант ганов от живого донора медицинским специалистом, одобренным Страховщиком, в связи с пег установлением Застрахованному в период Срока страхования диагноза, подтвержденного резул медицинского обследования. Под Трансплантацией для целей договора страхования подразуме: рургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любых ния вышеперечисленных органов, из организма Застрахованного и пересадка вместо них целог или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в с Застрахованного. Трансплантация не включает в себя зубные протезы (или любые другие зубные ты) и/или
- Риск «Второе Экспертное Медицинское Мнение». Страховой случай - получение второго эксперт дического мнения _____ раз в течение страхового года в одной из следующих областей ме _____

Страховщик при наступлении страхового случая принимает на себя обязанности по организации и оплате мед ских и/или иных услуг Застрахованному лицу. Перечень медицинских и/или иных услуг, оказываемых Застрах му, порядок их оказания, страховые лимиты определены в Программе страхования

АГРЕГАТНАЯ СТРАХОВАЯ СУММА	_____ (_____) в год. Страховые лимиты по отдельным рискам и услугам указаны в Варианте и Программе страхования (Приложение 2 к Договору).
	Пожизненный лимит (при перезаключении при непрерывном страховании) - _____ (_____)
СРОК ДЕЙСТВИЯ	
ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ	

Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) не позднее чем в течение _____ дней, начиная с указанной даты. При этом Страховщик несет ответственность только по страховым случаям, наступившим со дня, следующего за днем уплаты страховой премии (страхового взноса). Если к сроку, установленному договором страхования, страховая премия (первый страховой взнос) не были уплачены или были уплачены не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившая на счет Страховщика сумма возвращается Страхователю.

Ответственность Страховщика **по рискам** _____ наступает и Страховыми случаями по настоящему Договору признаются страховые события, произошедшие в период действия настоящего договора, но **не ранее** _____ дня с даты вступления договора в силу (временная франшиза). Временная франшиза (период ожидания) для всех рисков действует только в первый год страхования и в случае Непрерывного страхования путем заключения договора страхования на новый срок в дальнейшем не применяется.

Внесение изменений не предусмотрено Договором страхования.

ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ		ТЕРРИТОРИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ	
ВАЛЮТА ДОГОВОРА		ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)	
РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ		Страховые взносы оплачиваются не позднее ____ числа очередного страхового месяца/квартала/полугода.	

Страховая премия подлежит уплате в _____.

Если Страхователь отказался от договора страхования и уведомил об этом Страховщика в течение _____ календарных дней со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страховых случаев, путем направления Страховщику письменного заявления с приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии Договора страхования, уплаченная Страхователем страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, а Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты его заключения.

С условиями Договора страхования, Программы страхования, Общих условий страхования ознакомлен(-на) и согласен(-на). Договор страхования (Полис), Программу страхования, Общие условия страхования получил(-ла). Правила страхования, Программа страхования и Общие условия страхования в электронном виде размещены на сайте <https://kaplife.ru>

Страхователь _____ / **Страховщик** _____ / _____ / _____ /

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ

Условия Договора страхования (Полиса) физических лиц, разработанные ООО "Капитал Лайф Страхование Жизни" на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний №15 (далее Правила) в редакции, действующей на дату заключения Договора.

Общие положения	В соответствии с законодательством РФ и на основании Правил ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (далее по тексту - Страховщик) заключает Договоры добровольного медицинского страхования граждан на случай критических заболеваний, перечисленных в Договоре страхования (далее по тексту - Договор страхования), в рамках которых организует предоставление и оплату медицинских и/или иных услуг Застрахованным, предусмотренных Программой страхования, на территории Российской Федерации и/или за ее пределами.
Страховщик	ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни», адрес: 115035, Российская Федерация, г. Москва, Кадашёвская набережная, д.30. Телефон: 8 800 200 68 86
Полис, Договор страхования	Письменные документы, содержащие детали и условия Договора (далее Договор, Полис), включая Заявление на страхование, Общие условия страхования, Программу и Вариант страхования, декларацию о здоровье застрахованного лица, а также любые приложения и дополнения, которые могут, в случае необходимости изменять или дополнять данные документы. Положения Договора имеют преимущественную силу. В части положений и условий, не урегулированных Договором, имеют силу положения Правил добровольного медицинского страхования граждан от критических заболеваний №15 в редакции, действующей на дату заключения Полиса.
Страхователь	Страхователь заключает Договор страхования на условиях Программы и Варианта страхования (Приложение __ к Договору страхования) со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
Застрахованные лица	физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, возраст которого на дату заключения Договора страхования составляет от 0 до 75 лет, но не более 75 полных лет на дату окончания Договора страхования. На условиях Правил Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.
Выгодоприобретатель	Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается
Объект страхования	Объектом страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и/или иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг. Конкретный Перечень Медицинских и/или Иных услуг определяется в Договоре страхования, Программе и Варианте страхования с учетом разделов 4 и 5 настоящих Правил
Страховой риск	Указан в Программе страхования
Страховой случай	Указан в Программе страхования
Страховая выплата	Денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования с учетом лимитов и ограничений, перечисленных в соответствующих п.п. Программы и Варианта страхования, выплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая. В случаях, определенных Договором страхования, страховая выплата осуществляется путем организации оказания Застрахованному или оплаты Медицинских и/или Иных услуг, оказанных Застрахованному.
Перечень документов, представляемых для признания события страховым	<p>При первоначальной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания Медицинских и/или Иных услуг, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о постановке диагноза любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).</p> <p>Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ заявление о страховом событии и об организации лечения по форме Страховщика; ○ копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика; ○ направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии; ○ медицинский документ, выданный Медицинским учреждением (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенные печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, даты первичной диагностики, сроков лечения, результатов обследования и другой информации); ○ результаты проведенных анализов и исследований, на основании которых был поставлен диагноз и назначено лечение; ○ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 лет; ○ медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений за последние 10 (десять) лет (при диагностировании злокачественного новообразования); ○ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного; ○ Страхователь/Застрахованный вправе дополнительно предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в Правилах, Программе страхования и Договоре страхования; ○ другие документы, предусмотренные Правилами страхования. <p>Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.</p>

<p>Ограничения по приёму на страхование</p>	<p>На страхование не принимаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лица, имеющие действующие договоры добровольного медицинского страхования, заключенные со Страховщиком, на условиях Программы Международный медицинский стандарт • Лица, состоящие на учёте в наркологическом, психоневрологическом диспансерах. • возраст которых составляет более 75 лет; • Инвалиды, или лица, в отношении которых принималось врачебное решение о направлении для установления группы инвалидности; • Лица, на дату заключения договора или в течение последних 10 лет проходящие/-дившие стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо которым устанавливался по результатам обследования диагноз, либо находящиеся/находившиеся под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний: <ul style="list-style-type: none"> ○ рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина; ○ лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.); ○ рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухольные) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты; ○ любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина)); ○ любые формы инсульта; ○ любая форма диабета. • Лица, которым проводились/дится и/или назначалась/назначена трансплантации органов или костного мозга • Лица, которые являются носителем ВИЧ или больным СПИДом; • Лица, которым страдают психическими заболеваниями или расстройствами на момент заключения договора страхования; • Лица, которые состоят на учете в туберкулёзном, наркологическом или психоневрологическом диспансере на момент заключения договора страхования. • Лица, имеющие в семейном анамнезе более одного близкого родственника (родители, братья, сестры), у которых в возрасте до 50 лет были диагностированы: рак, опухоль, полипоз толстой кишки, поликистоз почек; • Лица, находящиеся под следствием и осужденные к лишению свободы; <p>Договор страхования, заключённый в отношении лица, которое можно отнести к любой из категорий, перечисленных выше в настоящем разделе, считается недействительным с момента его заключения.</p>
<p>Особые условия</p>	<p>Страховщик не заключает с одним и тем же Страхователем в пользу конкретного Застрахованного лица два и более действующих Договора на условиях настоящих Правил, если сроки действия данных Договоров частично или полностью совпадают.</p> <p>Если по какой-либо причине Страховщик и Страхователь заключат два или более Договора обозначенных выше в настоящем разделе, то любой другой Договор страхования, нежели тот, который был заключён первым, считается не заключённым, и Страховщик в течение 60 дней с момента обнаружения данного факта и получения заявления на возврат страховой премии возвращает Страхователю полученную от него страховую премию по такому Договору страхования за вычетом расходов на ведение дела Страховщика.</p>
<p>Прекращение действия Договора</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Договор страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение услуг по Договору страхования: <ul style="list-style-type: none"> • при истечении срока действия Договора страхования; • в случае смерти Застрахованного (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного) – в отношении соответствующего Застрахованного, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного; • в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного; • при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения; • по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. • по соглашению Сторон; • неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок • в других случаях, предусмотренных законодательством РФ или настоящими Правилами. • Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то Договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. • Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит: <ul style="list-style-type: none"> ○ по окончании срока действия Договора страхования; ○ при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – юридического лица, если Договором страхования не предусмотрено иное. ○ при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – физического лица после 14-ти календарных дней со дня его заключения, если Договором страхования не предусмотрено иное. ○ В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение четырёхна-

	<p>дцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу уплаченную им страховую премию. Конкретный порядок возврата страховой премии указывается в Договоре страхования в соответствии с настоящим пунктом. Договором страхования может быть установлен более длительный срок, чем четырнадцать календарных дней со дня его заключения.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в указанный срок, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме ○ В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в в указанный срок, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю – физическому лицу вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования. ○ Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования. ● Возврат страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя – физического лица наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования. <ul style="list-style-type: none"> ● При Страховании в эквиваленте размер Страховой премии, подлежащей возврату, определяется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты, предусмотренной Договором страхования, использовавшемуся при оплате страховой премии по Договору страхования.
<p>● Права и обязанности Сторон</p>	
<p>Страховщик обязан:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ознакомить Страхователя с условиями страхования. ● Давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора. ● Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного), полученных от Страхователя при их обработке. ● В случае отказа в признании события Страховым случаем уведомить об этом Страхователя/Застрахованного в порядке и сроки, установленные Правилами. <ul style="list-style-type: none"> ● В счет страховой выплаты, причитающейся по Договору страхования, организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, в соответствии с Вариантом и Программой страхования, в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования или установленные Правилами. ● В случае если Страхователь отказался от Договора в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, осуществить возврат Страхователю полученной страховой премии в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком от Страхователя письменного заявления и приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии Договора
<p>Страховщик имеет право:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Перед заключением Договора запросить у лица, принимаемого на страхование, сведения, в том числе медицинского характера <ul style="list-style-type: none"> ● проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований Договора страхования. ● привлечь Сервисную компанию для оказания услуг, предусмотренных Правилами. ● отказать в оплате Медицинских и/или Иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных Правилами или Договором страхования, если Застрахованное лицо обращается за организацией медицинских услуг, не предусмотренных Программой страхования или по не страховым событиям. ● в случае возникновения сомнений относительно подлинности документов, представленных в связи со Страховым случаем, отсрочить принятие решения о признании события Страховым случаем до получения подтверждающих сведений о подлинности представленных документов. ● до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья. ● требовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска. ● направлять Страхователю сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному в Договоре страхования. Сообщения, отправленные с использованием электронного адреса, носят официальный характер, и такие сообщения признаются Сторонами юридически значимыми. ● Осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) в целях исполнения Договора, предоставления Страхователю (Застрахованному лицу), информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Застрахованным лицом), прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством РФ. ● Страховщик имеет право уполномочить Сервисную компанию на предоставление услуг, предусмотренных Программой страхования
<p>Страхователь обязан:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Своевременно осуществлять уплату страховой премии по Договору страхования. ● При заключении Договора дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и исполнителям Медицинских и/или Иных услуг, а также, при необходимости, добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства. <ul style="list-style-type: none"> ● довести до сведения Застрахованного (его законного представителя) положения Правил и условия Договора страхования. ● Исполнять положения Договора и иных документов, закрепляющих Договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений. ● обеспечить получение согласия Застрахованного (его законного представителя) на обработку персональных данных согласно действующему законодательству Российской Федерации.

	<ul style="list-style-type: none"> • в случае замены Застрахованного другим лицом обеспечить получение согласия Застрахованного (его законного представителя) на эти действия согласно действующему законодательству Российской Федерации, данная обязанность, условиями соглашения между сторонами Договора страхования, может быть возложена на лицо, указанное в соглашении как новый Застрахованный. • при наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, уведомить об этом Страховщика в порядке и сроки, установленные Правилами. • не позднее 3 (трех) календарных дней уведомить в письменном виде Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования. • соблюдать порядок получения услуг, указанный в Варианте или Программе страхования; • исполнять иные положения Договора страхования, Правил. • В случае отказа от договора страхования Страхователя – физического лица в течение периода охлаждения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, направить Страховщику письменное заявление и приложением копии паспорта Страхователя – физического лица и оригинала или копии договора страхования (Полиса).
Страхователь имеет право:	<ul style="list-style-type: none"> • Ознакомиться с условиями страхования и получить Программу страхования на условиях, которой заключен Договор страхования. • Получить любые разъяснения по заключенному Договору страхования. • Требовать предоставления Медицинских и/или Иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика об отказе в их предоставлении либо предоставлении неполных или некачественных услуг; • Получить дубликат Договора в случае его утраты. • Отказаться от Договора в любое время.
Застрахованное лицо имеет право	<ul style="list-style-type: none"> • Получать услуги в соответствии с Договором страхования. • Получать разъяснения по условиям Договора о порядке предоставления Медицинских и/или Иных услуг. • Сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного оказания услуг по Договору страхования. • Отказаться от получения Медицинских и/или Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, предоставив Страховщику письменный отказ.
Застрахованное лицо обязано:	<ul style="list-style-type: none"> • Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими учреждениями. • При возникновении события, имеющего признаки страхового, действовать в соответствии с Памяткой Застрахованного при обращении за медицинской помощью. • При обращении за получением Медицинских и/или Иных услуг предоставить согласие на обработку своих персональных данных, в том числе медицинского характера.
Страховщик обязан:	<ul style="list-style-type: none"> • Ознакомить Страхователя с условиями страхования. • Давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора. • Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного), полученных от Страхователя при их обработке. • В случае отказа в признании события Страховым случаем уведомить об этом Страхователя/Застрахованного в порядке и сроки, установленные Правилами. • В счет страховой выплаты, причитающейся по Договору страхования, организовать оказание Медицинских и/или Иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, в соответствии с Вариантом и Программой страхования, в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования или установленные Правилами. • В случае если Страхователь отказался от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, осуществить возврат Страхователю полученной страховой премии в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком от Страхователя письменного и приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии Договора
Страховая сумма	<ul style="list-style-type: none"> • Страховой суммой является денежная сумма, определённая в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. • Страховая сумма указывается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования и устанавливается по каждому риску /страховому случаю отдельно и/или по всем рискам одновременно, на страховой год и/или на весь срок страхования, в отношении каждого Застрахованного отдельно. • В Договоре страхования, Варианте и программе страхования установлены лимиты ответственности – максимальные размеры страховых выплат по определенному виду рисков, случаев, услуг, расходов и убытков, покрываемых Договором страхования в отношении каждого Застрахованного. • Страховая сумма (страховой лимит) является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страховой выплаты, осуществленной Страховщиком в период действия Договора страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными. При этом Договор страхования прекращается досрочно в отношении одного или нескольких Застрахованных, а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю. • Возможно установление страховой суммы в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте (страхование в эквиваленте).

<p>Действие Договора страхования</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное. • Срок страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования. Дата начала и окончания Срока страхования могут быть установлены в том числе для каждого (отдельного) Страхового риска. • В случае если в Договоре страхования не указан Срок страхования, то дата начала и окончания Срока страхования совпадают с датой начала и окончания Срока действия Договора страхования соответственно. • Страховщик и Страхователь имеют право установить срок страхования не равный сроку действия договора страхования (период страхования). Период страхования - общий срок (промежуток времени), в течение которого действовало непрерывное страхование на условиях настоящих Правил, включает в себя срок страхования по всем непрерывно заключенным договорам страхования. Предельный срок страхования устанавливается Вариантом и Программой страхования. • Непрерывное страхование - перезаключение договора страхования на условиях настоящих Правил на следующий страховой год не позднее даты окончания действующего договора страхования. При непрерывном страховании период ожидания (временная франшиза) не применяется со 2 по 7 год страхования включительно, если договором страхования не предусмотрено иное. В случае если договор страхования не был заключен до даты окончания предыдущего договора страхования и страховая премия по нему не поступила в течение срока, предусмотренного в договоре для оплаты страховой премии, страхование не будет считаться непрерывным и к страховым рискам будет применяться (исчисляться заново) период ожидания (временная франшиза) и такой договор страхования будет считаться заключенным впервые. Для рисков, ранее не предусмотренных вариантом, программой страхования при изменении Программы или Варианта страхования применяются временные франшизы (период ожидания) на условиях договора, заключенного впервые. Непрерывное страхование более 7 лет на условиях настоящих Правил не допускается, если иное прямо не предусмотрено договором страхования. • Договоры страхования, заключенные при Непрерывном страховании на условиях настоящих Правил учитываются как Договоры родительской группы и включают все договоры страхования, заключенные последовательно в отношении одного и того же Застрахованного лица, и к которым применимы определения Пожизненного лимита и Непрерывное страхование, и в отношении которых действуют одни и те же страховые риски. Срок страхования по всем Договорам родительской группы может быть больше года и исчисляется с даты заключения наиболее раннего договора страхования до даты окончания наиболее позднего договора страхования. • Возможно установление общей агрегатной страховой суммы для всей Договоров родительской группы (Пожизненный лимит). Размер Пожизненного лимита указывается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования и применяется к страховым случаям любого по очереди Договора родительской группы до его израсходования с учетом лимитов и ограничений в рамках каждого отдельного договора страхования (годовой лимит), предусмотренных Программой и Вариантом страхования. При этом страховым случаем по риску признается первое по времени наступившее событие. • При исчерпании Пожизненного лимита по Договорам родительской группы ответственность Страховщика по текущему договору страхования и Договорам родительской группы также прекращается и обязательства Страховщика считаются исполненными полностью. • В случае перерыва в страховании Непрерывное страхование прекращает свое действие, и ответственность Страховщика на следующий страховой год не распространяется, а обязанности Страховщика считаются исполненными в полном объеме и выплаты по страховым событиям родительских договоров прекращаются. При этом, если договор страхования будет впоследствии заключен с перерывом в страховании, на него будут распространяются все ограничения и франшизы договора страхования, заключенного впервые.
<p>Изменение степени риска.</p>	<p>В период действия Договора страхования Страхователь / Застрахованный обязаны сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах жизни и деятельности Застрахованного, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска.</p> <p>Страхователь /Застрахованный с момента, когда им стало известно о таких обстоятельствах, обязаны сообщить о них Страховщику в течение 24 (двадцати четырех) часов любым доступным способом, а также дополнительно в течение 3 (трех) рабочих дней письменно известить Страховщика о данных обстоятельствах, с приложением документов, подтверждающих эти изменения.</p> <p>Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования в соответствии с действительной степенью риска и оплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска.</p> <p>Если Страховой случай наступил в период согласования сторонами условий Договора страхования, по которому произошло увеличение степени риска, Страховщик вправе приостановить выплату страхового возмещения по этому Договору до момента заключения сторонами дополнительного соглашения и уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно степени увеличения Страхового риска.</p> <p>При неисполнении Страхователем /Застрахованным обязанности, предусмотренной настоящим пунктом, а также, в случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.</p>
<p>Определения, используемые в Договоре, Варианте и Программе страхования</p>	
<p>Злокачественное новообразование</p>	<p>Любое злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами.</p> <p>Не являются страховым случаем:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые. - Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002. - Заболевания кожи следующих типов: <ul style="list-style-type: none"> ○ Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома; ○ Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.

	<ul style="list-style-type: none"> - Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ), являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). - Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2N0M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона. - Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.Л.Л)/ хронический лимфоцитарный лейкоз. - Все формы злокачественных новообразований (как определено выше) в присутствии других хронических заболеваний / болезней / состояний, препятствующих лечению и/или приносящих значительный ущерб здоровью при лечении онкологических заболеваний.
История болезни	Медицинская информация, содержащая, в том числе, Первое медицинское мнение.
Медицинская информация	Информация, представленная Застрахованным лицом, в том числе заключение врача («Первое медицинское мнение») и любые медицинские документы, относящиеся к состоянию здоровья Застрахованного и затребованные исполнителем услуги «Второе экспертное медицинское мнение», на его собственное усмотрение и в соответствии с его решением с целью составления Второго экспертного медицинского мнения (например, результаты рентгеноскопии, биопсии, анализов крови и мочи, анализов функций печени, ЭКГ, радиологических или ультразвуковых обследований, катетеризации и т. п.).
Иные услуги	Услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Договор страхования, в том числе: сервисные услуги; питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; медико-транспортные и транспортные услуги; услуги по размещению в гостинице; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и др.
Временная франшиза (период ожидания)	Период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого установленный Застрахованному диагноз не является страховым случаем. Устанавливается в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования. Временная франшиза действует только в первый год страхования и в дальнейшем не применяется в случае непрерывного страхования путем заключения Договора на новый срок. Страховыми случаями признаются страховые события, произошедшие в период действия страхования, с учетом временной франшизы.
Второе экспертное медицинское мнение	Повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенное назначенным по выбору Страховщика Врачом-специалистом «Второе экспертное медицинское мнение» по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в Первом медицинском мнении, которое было изложено Врачом-специалистом в Истории болезни Застрахованного.
Дата диагностирования заболевания	Дата установления медицинским специалистом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза заболевания, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного.
Непрерывное страхование	Перезаключение договора страхования на условиях настоящих Правил на следующий страховой год не позднее даты окончания действующего договора страхования. При непрерывном страховании период ожидания (временная франшиза) не применяется со 2 по 7 год страхования включительно. В случае если договор страхования не был заключен до даты окончания предыдущего договора страхования и страховая премия по нему не поступила в течение срока, предусмотренного в договоре для оплаты страховой премии, страхование не будет считаться непрерывным и к страховым рискам будет применяться (исчисляться заново) период ожидания (временная франшиза) и такой договор страхования будет считаться заключенным впервые. Для рисков, ранее не предусмотренных вариантом, программой страхования при изменении Программы или Варианта страхования применяются временные франшизы (период ожидания) на условиях договора, заключенного впервые. Непрерывное страхование более 7 лет на условиях настоящих Правил не допускается, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.
Договоры родительской группы	Договоры страхования, заключенные при Непрерывном страховании на условиях настоящих Правил. Включают все договоры страхования, заключенные последовательно в отношении одного и того же Застрахованного лица, и к которым применимы определения Пожизненный лимит и Непрерывное страхование, и в отношении которых действуют одни и те же страховые риски. Срок страхования по всем договорам родительской группы может быть больше года и исчисляется с даты заключения наиболее раннего договора страхования до даты окончания наиболее позднего договора страхования
Период страхования	Страховщик и Страхователь имеют право установить срок страхования не равный сроку действия договора страхования (период страхования). Период страхования - общий срок (промежуток времени), в течение которого действовало непрерывное страхование на условиях настоящих Правил, включает в себя срок страхования по всем непрерывно заключенным договорам страхования. Предельный срок страхования устанавливается Вариантом и Программой страхования
Перерыв в страховании	Заключение договора страхования с перерывом в 1 и более день с даты окончания предыдущего договора страхования на условиях настоящих Правил.
Первый договор страхования	Договор страхования на условиях настоящих Правил, заключенный впервые или с перерывом в страховании
Пожизненный лимит	Общая агрегатная страховая сумма по всем Договорам родительской группы, заключенным на условиях настоящих Правил при непрерывном страховании в пользу одного и того же застрахованного лица. Сведения о ранее заключенных договорах страхования указываются в Заявлении на страхование. Применяется ко всему периоду страхования в отношении одного застрахованного лица.
Страховая выплата	Денежная сумма, которая определена Договором страхования и/или Правилами, выплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая. В случаях, определенных Договором страхования и/или Правилами, страховая выплата осуществляется путем организации оказания Застрахованному или оплаты Медицинских и/или Иных услуг, оказанных Застрахованному.
Первое медицинское мнение	Заключение о состоянии здоровья Застрахованного, данное Врачом-специалистом. Наличие «Первого медицинского мнения» в Истории болезни Застрахованного является необходимым условием передачи его Истории болезни для получения Второго экспертного медицинского мнения в соответствии с условиями Договора страхования.
Период охлаждения	Период времени, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии в полном объеме, при условии, что на дату отказа от Договора стра-

	хования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. Устанавливается в Договоре страхования и составляет не менее 14 календарных дней.
Предшествующее состояние	Любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное или проявившееся связанными задокументированными в медицинских материалах симптомами в течение 10 лет до даты вступления в силу Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
Сервисная компания	Российская или зарубежная компания, имеющая Договор со Страховщиком, в соответствии с которым она организует круглосуточно Медицинские и/или Иные услуги Застрахованным, предусмотренные Правилами, Вариантом/Программой страхования и/или Договором страхования.
Сопровождающее лицо	Лицо, сопровождающее Застрахованного до места лечения и обратно. Присутствие Сопровождающего лица должно быть предписано врачом Сервисной компании/Страховщика и согласовано Сервисной компанией/Страховщиком.
Срок страхования	Период времени при реализации страхового риска/страхового случая, в течение которого и при последующем признании события Страховым случаем в соответствии с условиями Договора страхования у Страховщика возникает обязанность осуществить Страховую выплату. Срок страхования устанавливается Договором страхования.
Страхование в эквиваленте	Установление страховой суммы в валюте Российской Федерации в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. Страховая сумма в валюте РФ эквивалентна сумме в иностранной валюте по курсу ЦБ РФ на дату на дату заключения договора страхования.
Срок действия договора страхования	Период времени, в течение которого действует договор страхования. Указан в договоре страхования.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ / МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

А. ТИПОВАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Я подтверждаю, что:

- Не являюсь инвалидом, и документы на установление мне группы инвалидности не подавались.
- В настоящее время или в течение последних 10 лет не прохожу/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не нахожусь/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
 - рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
 - лейкомия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
 - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухольные) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
 - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина));
 - любые формы инсульта;
 - любая форма диабета.
- Не выкуриваю более 20 сигарет в день или на ежедневной основе электронные сигареты, сигары, трубки, кальяны или другие заменители никотина;
- Не употребляю алкоголь в день более чем: 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков (≥40 градусов);
- Разница между моим ростом (в сантиметрах) и весом (в килограммах) находится в диапазоне от 80 до 120 (например: рост 180 см – Вес 70 кг = 110).
- Мне не проводились трансплантации органов или костного мозга

_____ /
Место и дата подписи

_____ /
Подпись / Расшифровка подписи

При заключении отдельных договоров страхования Страховщик имеет право изменить декларацию (не применять, сократить, расширить) в зависимости от условий Договора страхования, Варианта и Программы страхования, численности, пола, возраста и профессии застрахованных, страховых сумм, страховых рисков. Декларация, при ее наличии в составе полиса/Договора страхования, имеет преимущественное значение.

Б. ТИПОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

А. Данные заявителя

Дата вступления договора страхования в силу (ДД/ММ/ГГГГ)			
Фамилия, Имя, Отчество			
Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Дата рождения	Номер и серия документа	
Адрес			
Контактные данные			

В. Информация о состоянии здоровья

	Застрахованный		
Ваш рост/вес? (см/кг)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		
1. Наблюдалась ли у Вас непроизвольная потеря более 10% от массы тела за последние 12 месяцев?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>	ДА	НЕТ
ДА	НЕТ		
2. Курите ли Вы? Как долго? _____ Каково ежедневное количество потребляемых Вами табачных изделий? ____ . Если Вы бросили курить, укажите дату окончательного прекращения курения. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>	ДА	НЕТ
ДА	НЕТ		
3. рак у биологических родственников первой степени (родителей, детей, братьев/сестер). В случае положительного ответа просьба указать степень вашего родства, заболевание и возраст, в котором было диагностировано заболевание или произошла смерть: _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>	ДА	НЕТ
ДА	НЕТ		
4. Расстройства, связанные с нарушением деятельности нервной системы и мозга, и дефекты развития, в том числе: эпилепсия, инсульт, паралич, рассеянный склероз, болезнь Гоше, атрофия мышц, болезнь Паркинсона, слабоумие, болезнь Альцгеймера, умственная отсталость, синдром Дауна, дефицит внимания, первазивные расстройства развития, нарушения развития и/или роста	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>	ДА	НЕТ
ДА	НЕТ		
5. Психические заболевания, в том числе: депрессия, страхи, навязчивые идеи, шизофрения	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>	ДА	НЕТ
ДА	НЕТ		
6. Легочные и системные заболевания, в том числе: астма (бронхит), хроническое обструктивное заболевание легких, эмфизема	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>	ДА	НЕТ
ДА	НЕТ		

7. Кожные заболевания, в том числе: опухоли и/или язвы, псориаз, воспаления	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
8. Повышенное/Пониженное кровяное давление, болезни сердца и сердечно-сосудистые заболевания, в том числе: гипертония, сердечный приступ, боль в груди, аритмия, врожденная аномалия, порок сердечного клапана, атеросклероз, аневризм аорты, тромбоз, варикозные вены, периферийное васкулярное заболевание	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
9. Заболевания пищеварительной системы и грыжи, в том числе: рефлюкс, хроническое заболевание и/или кровотечение, геморрой, пилонидальный абсцесс, грыжи любых видов	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
10. Заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков, в том числе: желтуха, гепатит, жировой метаморфоз печени, спленомегалия	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
11. Заболевания почек и мочевой системы, в том числе: простата, мочекаменная болезнь, нефрит, энурез, кровь и/или белок в моче	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
12. Нарушения обмена веществ и эндокринные расстройства, в том числе: диабет, ожирение, повышенное содержание триглицеридов в крови, заболевания щитовидной и паращитовидной железы, пролактинома, подагра	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
13. Заболевания крови и иммунной системы, в том числе: анемия, проблемы со свертываемостью крови, расстройства иммунной системы	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
14. Инфекционная и/или венерическая болезнь, включая туберкулез, ВИЧ, СПИД, постоянная высокая температура, геликобактер, папиллома (HPV), гепатит, герпес (HHV8), вирус буллезного эпидермолиса.	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
15. Злокачественные заболевания и/или опухолевый злокачественный рост, в том числе: предраковые опухоли, рак	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
16. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе: заболевания позвоночника, заболевания костей, деформация костей таза, остеопороз	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
17. Нарушения зрения и/или патологии уха, горла и носа, в том числе: кератоконус, ухудшение зрения ниже -7, катаракта, рецидивирующий отит, рецидивирующий синусит, полипы, воспаления миндалин, синдром ночного апноэ	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
18. Заболевания половых и/или репродуктивных органов, в том числе: образования в груди, неменструальное кровотечение, миомы матки, существующая беременность, бесплодие (также у мужчин), неопустившееся яичко, варикоцеле.	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
19. Ревматизм и/или мультисистемные заболевания и/или расстройства, в том числе: ревматический артрит, ревматизм, артрит, волчанка	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
20. Злоупотребление наркотическими средствами (в настоящее время или в прошлом).	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
21. Злоупотребление алкоголем	<table border="1"> <tr> <td>Нет</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Время от времени</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>До 2 стаканов в день</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Более 2 стаканов в день</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Нет	<input type="checkbox"/>	Время от времени	<input type="checkbox"/>	До 2 стаканов в день	<input type="checkbox"/>	Более 2 стаканов в день	<input type="checkbox"/>
Нет	<input type="checkbox"/>								
Время от времени	<input type="checkbox"/>								
До 2 стаканов в день	<input type="checkbox"/>								
Более 2 стаканов в день	<input type="checkbox"/>								
22. Подвергались ли вы когда-либо и/или за последнее время воздействию химикатов и/или токсических веществ и/или газов, в том числе асбеста, разбавителей краски, бензола, винила, хлора, хрома, радона, пестицидов, кварцевой пыли, диоксинов, бериллия, никеля, радиации, в том числе ультрафиолетовому излучению, высокочастотному излучению, микроволновому излучению, воздействию электромагнитных полей линий электропередачи и т.п. (если да, то укажите подробнее)	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____								

Для каждого вопроса, на который ответили Да, пожалуйста, уточните ниже, заболевание, его начало, какие лекарства Вы принимаете или принимали, проходили ли Вы какую-либо операцию или лечение в связи с заболеванием, является ли заболевание врожденным или когда оно было впервые выявлено, находились ли Вы на больничном в связи с данным заболеванием и как долго, было ли рекомендовано какое-либо лечение в связи с данным заболеванием, имеете ли Вы степень инвалидности в связи с данным заболеванием. Пожалуйста, приложите актуальные медицинские выписки в связи с данным заболеванием и/или имеющиеся актуальные результаты патологических и/или радиологических исследований.

Пояснение к вопросу ()

Место и дата подписи

Подпись / Расшифровка подписи

При заключении отдельных договоров страхования Страховщик имеет право изменить декларацию (не применять, сократить, расширить) в зависимости от условий Договора страхования, Варианта и Программы страхования, численности, пола, возраста и профессии застрахованных, страховых сумм, страховых рисков. Декларация, при ее наличии в составе полиса/Договора страхования, имеет преимущественное значение.