

УТВЕРЖДЕНО
Приказом ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни»
от «30» ноября 2023 г. №810 п

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН
№18**

«30» ноября 2023 г.

г. Москва, 2023 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 долговременного ухода по Договору страхования (далее по тексту - Договор страхования), в рамках которого организует предоставление и оплату медицинских, социальных и/или иных услуг Застрахованным в соответствии с Перечнем медицинских, социальных и/или иных услуг, перечисленном в соответствующем разделе Правил и предусмотренных конкретными Договором страхования, Вариантом и Программой страхования, на территории Российской Федерации. Настоящие Правила предназначены для определения содержания Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

1.2. Определения

В правилах используются следующие определения:

Заболевание (болезнь) - впервые выявленное (диагностированное) в период действия Договора страхования, квалифицированным Врачом-специалистом на основании объективных симптомов и подтвержденное данными лабораторно-инструментальной диагностики нарушение нормальной жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем, приведшее к временной или постоянной нетрудоспособности Застрахованного

Если в ответственность по договору страхования включено заболевание (болезнь) и/или его (её) последствия, то для признания заболевания (болезни) Застрахованного лица и/или его (её) последствий страховым случаем, симптомы заболевания (болезни) должно должны впервые проявиться и заболевание (болезнь) впервые быть диагностировано(а) у Застрахованного лица в период действия в отношении него Договора страхования, если иное прямо не предусмотрено в Договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

В договоре страхования может быть приведён перечень заболеваний (болезней), в том числе инфекционных, которые (последствия которых) могут быть признаны страховыми случаями в соответствии с условиями Договора страхования.

Вариант страхования - произвольная комбинация условий, разработанных на основании Программы страхования, в частности в отношении одного или нескольких страховых случаев/страховых рисков, перечня медицинских, социальных и/или иных услуг, исключений, лимитов и ограничений, в том числе объема медицинской помощи, объема социальных услуг, страховой премии, страховой суммы, территории страхования и/или иных существенных условий, указанная в отдельном договоре страхования (полисе).

Врач-специалист - физическое лицо, не являющееся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом связанным с Застрахованным лицом (Страхователем), 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.

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 рака должен быть подтвержден врачом-онкологом и должен поддерживаться гистологическими или в случае онкологических заболеваний крови - цитологическими доказательствами и соответствовать кодам МКБ-10 – «C00-C97» (Злокачественные новообразования).

Социальные услуги (услуги по уходу) - совокупность действий по обслуживанию застрахованного лица, нуждающегося в постороннем уходе, с учетом его индивидуальных потребностей, структуры и степени ограничений жизнедеятельности, состояния здоровья, психофизических особенностей, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов, обеспечивающих оптимальные условия для комфортной и безопасной жизни, поддержку его здоровья и самостоятельности, а также способствующих благоприятному

течению жизни, предотвращению возможных неблагоприятных ситуаций, выполнению медицинских рекомендаций и назначений. Включают услуги, связанные с оказанием или организацией оказания социальной и медицинской помощи и включенные в Договор страхования, в том числе: услуги сиделки; сестринский уход, услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; медико-транспортные и транспортные услуги; сервисные услуги, питание и проживание (нахождение) при стационарном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); предоставление в аренду оборудования для реабилитации; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и др.

Долговременный (долгосрочный) уход – комплекс мероприятий, медицинских, социальных и/или иных услуг на базе медицинских, социальных и/или иных учреждений, направленных на обеспечение безопасности и здоровья застрахованного, включая его базовые потребности, его независимость в домашних условиях или учреждении, в котором он временно или постоянно пребывает по медицинским показаниям до тех пор, пока он в этом нуждается. Долговременный (долгосрочный) уход включает в себя комплекс медицинских, реабилитационных услуг и услуг по уходу на дому/ в медицинском учреждении (необходимость в которых определяется состоянием здоровья застрахованного лица), направленный на развитие и поддержание функциональных способностей застрахованного лица, включая социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и/или сиделок, а также поддержку семейного ухода, предоставляемый нуждающимися в социальном обслуживании гражданам в связи со страховыми событиями и в объеме, предусмотренными программой страхования. Цель долговременного ухода - обеспечить лицам, нуждающимся в постороннем уходе, поддержку их автономности, здоровья, качества жизни в рамках предусмотренного программой страхования объема услуг, сроков, лимитов и иных ограничений.

Индивидуальная программа долговременного ухода - письменно оформленный результат определения индивидуальной потребности застрахованного лица в постороннем уходе в целях подбора застрахованному лицу пакета долговременного ухода и оптимальных условий его предоставления, параметров нуждаемости в долговременном уходе (с учетом объема услуг, лимитов и ограничений, указанных в Договоре страхования, Программе или Варианте страхования), включает:

- периодичность ухода - потребность ухода в неделю (от одного раза до нескольких раз);
- характер ухода - замещающие действия (действия за Застрахованное лицо, нуждающееся в постороннем уходе, не способное самостоятельно или частично осуществлять самообслуживание, удовлетворять основные жизненные потребности) или ассистирующие действия (действия, обеспечивающие поддержку действий и решений Застрахованного лица, нуждающегося в постороннем уходе, по самообслуживанию и удовлетворению основных жизненных потребностей) и их сочетание;
- интенсивность ухода - потребность в уходе в течение дня (от одного раза до нескольких раз);
- продолжительность ухода - количество часов в неделю и в день;
- часы предоставления ухода - в дневное время, в ночное время;
- необходимость присмотра, с целью обеспечения их безопасности;
- необходимость социального сопровождения - для граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в предоставлении медицинской, психологической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам;
- форма обслуживания, технологии социального обслуживания или их сочетание;
- график предоставления долговременного ухода.

Лица, нуждающиеся в постороннем уходе – Застрахованные лица, признанные в установленном настоящими Правилами порядке нуждающимися в долговременном уходе (включая социальное и медицинское обслуживание) по причине полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы или наличия инвалидности, предусмотренных программой и/или Договором страхования.

Пакет долговременного ухода - гарантированный программой страхования перечень и объем социальных, медицинских и /или иных услуг, обеспечивающих Застрахованному лицу, нуждающемуся в постороннем уходе, предоставление ухода во всех формах социального обслуживания и технологиях социального обслуживания, включая их сочетание и чередование, зафиксированное в Индивидуальной программе долговременного ухода.

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболеваний и их лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. В состав медицинских услуг включены выездные консультации врачей; сестринские манипуляции (капельницы,

инъекции); ультразвуковая и функциональная диагностики на дому; забор анализов на дому; телемедицинские консультации; паллиативная помощь и др.

Медико-транспортные услуги:

- **Услуги, связанные с транспортировкой:**
 - машиной скорой помощи или иным видом транспорта до профильного медицинского учреждения либо до постоянного места жительства застрахованного на территории РФ;
 - адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение либо до постоянного места жительства застрахованного на территории РФ 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.
- **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.

Паллиативная медицинская помощь (паллиативное лечение) – медицинская помощь (комплекс мероприятий), оказываемая Застрахованным с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, при наличии медицинских показаний, при распространенных и метастатических формах злокачественных новообразований при невозможности достичь клинико-лабораторной ремиссии, заболевании в терминальной стадии развития, при необходимости проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи. Паллиативная медицинская помощь может включать паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь; паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь; паллиативную специализированную медицинскую помощь. Паллиативная медицинская помощь может быть оказана в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Терминальное состояние (терминальная стадия заболевания) - состояние (патологофункциональные изменения организма), которое не поддается излечению или адекватному лечению и разумно ожидается, что оно приведет к смерти Застрахованного.

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 (ста) км от административной границы населенного пункта, в котором Застрахованный постоянно или преимущественно проживает на законных основаниях или

осуществляет трудовую деятельность не менее 180 (ста восьмидесяти) дней в течение 12 (двенадцати) 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 определены, 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.

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 (четырнадцать) 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 (десяти) 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 социальные, медицинские, иные услуги Застрахованным, предусмотренные Правилами, Вариантом/Программой страхования, 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.

Срок действия Договора страхования - период времени, в течение которого действует Договор страхования, указывается 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.

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 страхование на условиях настоящих Правил, включает в себя срок страхования по всем заключенным Договорам страхования. Предельный срок страхования устанавливается Вариантом и Программой страхования.

Льготный период - предоставление Страхователю льготного периода для уплаты очередного страхового взноса, который в зависимости от порядка и периодичности уплаты страховых взносов, может продолжаться до 62 (шестидесяти двух) дней. Если страховой случай наступил в льготный период страхования (не более 62 (шестидесяти двух) дней), Страховщик при определении размера страховой выплаты удерживает сумму просроченных страховых взносов.

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

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, социальных 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, социальных и/или иных услуг - устанавливается в Договоре/Программе/Варианте страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования и имеющее в том числе 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 18 до 70 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, постоянно пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

2.4. **Выгодоприобретатель** - выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.

2.5. **Участники системы долговременного ухода:**

2.5.1. уполномоченные органы – оператор системы долговременного ухода в части финансового обеспечения предоставления гражданам, нуждающимся в уходе, социального пакета долговременного ухода, а также органы государственной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченные на осуществление полномочий в сфере социального обслуживания, социальной защиты, охраны здоровья, образования на территории субъекта Российской Федерации;

2.5.2. уполномоченные организации - находящиеся на территории Российской Федерации организации социального обслуживания независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, осуществляющие социальное обслуживание (далее - поставщик социальных и иных услуг); медицинские организации независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность; федеральные учреждения медико-социальной экспертизы; Сервисные (ассистанские) компании; медико-транспортные компании.

2.5.3. **Страховой эксперт** - представитель Страховщика, уполномоченный на осуществление следующих действий:

- согласование решения уполномоченного органа или организации о признании застрахованного лица нуждающимся в обслуживании в рамках системы долговременного ухода либо об отказе обслуживании в рамках долговременного ухода, а также согласование составления или пересмотра застрахованному лицу, признанному нуждающимся в долговременном уходе, индивидуальной программы предоставления социальных, медицинских, социальных и/или иных услуг (далее - Индивидуальная программа);
- проведение проверки исполнения поставщиком социальных, медицинских, социальных и/или иных услуг;
- контроль качества предоставления долговременного ухода.

2.5.4. работники уполномоченных организаций, участвующие в предоставлении социальных, медицинских, реабилитационных, медико-транспортных и иных услуг, предоставляемых в рамках долговременного ухода;

2.5.5. граждане, осуществляющие уход.

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), социальных и/или 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, социальных 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, социальных 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, социальными 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 риском):

4.1.1. Страховой риск «Долговременный уход при паллиативном лечении злокачественного новообразования» включает организацию и оплату долговременного ухода при проведении паллиативного лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа (не включает организацию и оплату стоимости самого паллиативного лечения) (далее по тексту – **страховой риск «Уход при паллиативном лечении злокачественного новообразования»**). Диагноз должен подтверждаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом в соответствии с действующим законодательством. Объем, сроки и условия предоставления долговременного ухода при паллиативном лечении злокачественного новообразования, предусмотренные программой страхования, указаны в Таблице страховых выплат конкретного Варианта/Программы страхования.

Исключен из страхового покрытия долговременный уход при следующих заболеваниях и состояниях:

- Любые злокачественные новообразования и их последствия, не требующие паллиативного лечения.
- Злокачественные новообразования, развившиеся на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

4.1.2. Страховой риск «Долговременный уход при диагностировании смертельно-опасных заболеваний, впервые возникших в период действия договора страхования» включает организацию и оплату долговременного ухода в связи с первичным установлением Застрахованному лицу в период страхования диагноза смертельно-опасного заболевания из числа предусмотренных договором, программой или вариантом страхования, установленного врачом-специалистом и подтвержденного результатами медицинского обследования (далее по тексту – **страховой риск «Уход при смертельно-опасном заболевании»**). Перечень состояний и смертельно-опасных заболеваний, в отношении которых осуществляется долговременный уход, в целях настоящих правил, приведен в Приложении к Специальным условиям конкретной Программы страхования, не включает организацию и оплату стоимости дополнительной диагностики, лечения и динамического наблюдения смертельно-опасного заболевания. Конкретный перечень впервые диагностированных смертельно-опасных заболеваний, включенных в договор страхования, Программу или Вариант страхования, в отношении которых осуществляется долговременный уход, а также объем, сроки и условия предоставления такого ухода, указаны в Таблице страховых выплат конкретного Варианта/ Программы страхования.

4.1.3. Страховой риск «Долговременный уход при тяжелой травме, впервые возникшей в период действия договора страхования» (далее по тексту – **страховой риск «Уход при тяжелой травме»**) включает организацию и оплату долговременного ухода в связи с первичным получением Застрахованным лицом в период страхования тяжелой травмы из числа перечисленных в Приложении к Специальным условиям конкретной Программы страхования (Перечне состояний, относящихся к тяжелой травме в целях настоящих

Правил и Программы страхования, в отношении которых осуществляется долговременный уход), не включает организацию и оплату стоимости дополнительной диагностики, лечения и динамического наблюдения основного заболевания. Также объем, сроки и условия предоставления такого ухода, указаны в Таблице страховых выплат конкретного Варианта/Программы страхования.

4.1.4. Страховой риск «Долговременный уход при первичном установлении Застрахованному лицу инвалидности I, II группы в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования, (далее по тексту – **страховой риск «Уход при Инвалидности I, II группы в результате НС»**) включает организацию и оплату долговременного ухода в связи с первичным установлением Застрахованному лицу в период страхования инвалидности I, II группы в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования за исключением случаев, предусмотренных в разделе 5 настоящих Правил, не включает организацию и оплату стоимости дополнительной диагностики, лечения и динамического наблюдения основного заболевания. Объем, сроки и условия предоставления долговременного ухода, предусмотренные программой или вариантом страхования, указаны в Таблице страховых выплат конкретного Варианта/ Программы страхования.

4.1.5. Страховой риск «Долговременный уход при первичном установлении Застрахованному лицу инвалидности I, II группы в результате болезни, произошедшей в период действия Договора страхования (далее по тексту **страховой риск – «Уход при Инвалидности I, II группы в результате болезни»**) включает организацию и оплату долговременного ухода в связи с первичным установлением Застрахованному лицу в период страхования инвалидности I, II группы в результате болезни, развившейся в период действия Договора страхования за исключением случаев, предусмотренных в п. разделе 5 настоящих Правил, не включает организацию и оплату стоимости дополнительной диагностики, лечения и динамического наблюдения основного заболевания. Объем, сроки и условия предоставления долговременного ухода, предусмотренные программой или вариантом страхования, указаны в Таблице страховых выплат конкретного Варианта/ Программы страхования.

4.1.6. Страховой риск «Паллиативное лечение злокачественного новообразования» включает согласование назначений, организацию и оплату паллиативного лечения злокачественного новообразования, возникшего впервые в течение действия страхования, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа (далее по тексту **страховой риск – «Паллиативное лечение злокачественного новообразования»**). Диагноз должен подтверждаться гистологическими или, в случае системных злокачественных новообразований, цитологическими доказательствами, а также быть установлен Врачом-специалистом с учетом положений действующего законодательства. Объем, сроки и условия предоставления паллиативного лечения, предусмотренные программой страхования, указаны в Таблице страховых выплат конкретного Варианта/ Программы страхования.

Исключены из страхового покрытия следующие заболевания и состояния:

- Любые злокачественные новообразования и их последствия, не требующие паллиативного лечения.
- Злокачественные новообразования, развившиеся на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД, являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

Если несчастный случай или болезнь Застрахованного лица обусловили наступление последовательности событий, указанных в пунктах 4.1.1 - 4.1.6 Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты (оплата стоимости оказываемых медицинских услуг, социальных и/или иных услуг, предусмотренных Программой страхования) по каждому страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты (стоимость медицинских, социальных и/или иных услуг, предусмотренных Программой страхования), ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

4.2. Перечень медицинских, социальных 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. 4.1.)

4.2.1.1. При наступлении Страхового случая Страховщик принимает на себя обязательство организовать оказание медицинских, социальных 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 лицом в связи со Страховым случаем расходы, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранными Вариантом и Программой страхования и при условии согласования их Страховщиком.

4.2.1.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств имеет право заключать Договоры по оказанию медицинских, социальных 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 (Застрахованное лицо) по всем вопросам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, осуществляет взаимодействие с Сервисной компанией.

4.2.1.3. Порядок взаимодействия сторон при наступлении страховых событий, перечень документов, предоставляемых Страхователем Страховщику для признания события страховым, а также сроки страховых выплат указаны в п.4.5. Правил.

4.2.1.4. Страховщик оплачивает медицинские, социальные и/или иные расходы, предусмотренные Программой или Вариантом страхования, которые были назначены Застрахованному лицу по медицинским показаниям, в рамках и по графику, предусмотренному Индивидуальной программой долговременного ухода, согласованной или составленной Страховым экспертом до даты начала их оказания.

4.2.1.5. Страховщик не оплачивает расходы, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного лица, без предварительного письменного согласования Страховщика или назначенной им Сервисной компанией.

4.2.1.6. В случае истечения срока действия страховой Программы/Договора страхования при незавершенной Индивидуальной программе долговременного ухода (паллиативного лечения) расходы в рамках программы, согласованные Страховщиком до даты окончания Договора страхования, подлежат оплате Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента истечения срока действия страхования.

4.2.1.7. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости расходов за услуги, которая превышает установленную Договором страхования страховую сумму.

4.2.1.8. Размер страховой выплаты рассчитывается из стоимости медицинских, социальных и/или иных услуг, оплаченных в соответствии с программой, но не более страховой суммы, установленной Договором страхования.

4.3. Перечень медицинских, социальных и/или иных услуг для страховых случаев, перечисленных в пп. 4.1.1.- 4.1.5.

4.3.1. **Виды услуг (расходов)**, которые могут быть включены в Программу или Вариант страхования, оказываемые Застрахованному на дому (по месту пребывания Застрахованного, включая социальные или реабилитационные учреждения и др.) или в медицинском учреждении.

В зависимости от Варианта страхования и конкретной Программы страхования в рамках предусмотренных ими лимитов Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая. Место оказания услуги должно быть согласовано со Страховщиком и указано в Индивидуальной программе долговременного ухода:

4.3.1.1. **Медицинские услуги** (по медицинским показаниям, оказываемые по графику, предусмотренному Индивидуальной программой долговременного ухода, при возможности организации такой услуги):

- Телемедицинские консультации лечащим или дежурным врачом;
- Квалифицированный сестринский уход, включая сестринские манипуляции (инъекции, в/м, в/в введение лекарственных препаратов, постановка очистительных клизм и т.п.) (по назначению лечащего врача);
- Выездные консультации лечащего врача и/или врачей-специалистов (по назначению лечащего врача);
- Диагностические и лечебные манипуляции, не требующие применения любого анестезиологического пособия, в том числе ультразвуковая и функциональная диагностики на дому (по назначению лечащего врача) при наличии технической и логистической возможности;
- Забор анализов на дому.

Медицинские услуги оказываются в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, а также в соответствии с согласованной Страховым экспертом Индивидуальной программой долговременного ухода (в соответствии с п. 4.5.2.4. настоящих Правил).

4.3.1.2. **Социальные услуги** (далее – **социальные услуги, услуги сиделки**) (по медицинским показаниям), проводимые по графику, предусмотренному Индивидуальной программой долговременного ухода:

- **Социально-бытовые услуги**, направленные на поддержание жизнедеятельности лиц, нуждающихся в постороннем уходе:

а) помощь в приеме и приготовлении пищи (в том числе осуществление кормления) лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять прием пищи;

- б) помощь в выполнении санитарно-гигиенических процедур (осуществление ухода) лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять уход за собой;
- в) помощь в передвижении (перемещении) граждан, не способных по состоянию здоровья самостоятельно обеспечивать свою мобильность, в том числе в прогулке;
- г) консультирование по социально-бытовым вопросам;
- д) обеспечение присмотра за лицами, не способными по состоянию здоровья самостоятельно ориентироваться или контролировать свое поведение (с целью обеспечения их безопасности);
- е) развлекательные мероприятия (прогулки, беседы, чтение новостей, просмотр телевизора и т.п.).

▪ **Социально-медицинские услуги**, направленные на поддержание и сохранение здоровья лиц, нуждающихся в постороннем уходе:

- а) обеспечение наблюдения за лицами, не способными по состоянию здоровья самостоятельно контролировать свое состояние здоровья;
- б) помощь в приеме лекарственных средств (контроль за их приемом), помощь в использовании изделий медицинского назначения, технических средств реабилитации;
- в) помощь в выполнении медицинских рекомендаций (назначений) и контроль за их выполнением;
- г) помощь в проведении оздоровительных мероприятий и занятий по адаптивной физической культуре;
- д) консультирование по социально-медицинским вопросам.

▪ **Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала** лиц, нуждающихся в постороннем уходе, имеющих ограничения жизнедеятельности:

- а) обучение навыкам пользования средствами ухода и техническими средствами реабилитации;
- б) общение (выслушивание, подбадривание, мотивирование) в целях создания комфортной среды, предотвращения возможных неблагоприятных ситуаций, устранения раздражающих факторов;
- в) проведение социально-реабилитационных мероприятий;
- г) содействие общению граждан, нуждающихся в постороннем уходе, с их родными и близкими.

▪ **Дополнительные услуги по социальному сопровождению**, направленные на содействие лицам, нуждающимся в постороннем уходе (без оплаты стоимости медицинских услуг и/или лекарственных препаратов и/или иных услуг, кроме прямо предусмотренных программой страхования):

- 1) в получении бесплатной медицинской помощи всех видов на дому или в медицинских организациях, включая:
 - а) специализированную, в том числе высокотехнологичную, а также паллиативную медицинскую помощь;
 - б) организация диспансеризации, медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодические), оздоровления;
 - в) организация диспансерного наблюдения за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления (предупреждения) осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации;
 - г) организация противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации.
- 2) в бесплатном получении необходимых лекарственных средств лицам, имеющим право на их бесплатное получение;
- 3) в получении психологической помощи;
- 4) в получении социальной помощи, не относящейся к социальным услугам, включая меры социальной поддержки для граждан, имеющих право на их получение;
- 5) в получении реабилитации (абилитации) лицами, имеющими право на ее получение.

Социальные услуги оказываются в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, а также в соответствии с согласованной Страховым экспертом Индивидуальной программой долговременного ухода (в соответствии с п. 4.5.2.4. настоящих Правил).

4.3.1.3. Медико-транспортные услуги:

▪ Транспортировка в медицинское учреждение и обратно: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего транспортом, соответствующим состоянию здоровья застрахованного лица, из/в медицинское учреждение и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских учреждений во время прохождения обследования и/или лечения (по назначению лечащего врача).

▪ В случае смерти Застрахованного лица, произошедшей в ходе оказания услуг долговременного ухода за Застрахованным, организованным в соответствии с Договором страхования, Страховщик организует репатриацию останков Застрахованного лица. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица в объеме: транспортировка останков Застрахованного лица из лечебного учреждения к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

Медико-транспортные услуги оказываются в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, а также в соответствии с согласованной Страховым экспертом Индивидуальной программой долговременного ухода (в соответствии с п. 4.5.2.4. настоящих Правил).

4.3.1.4. Иные услуги:

- предоставление в аренду медицинского оборудования, аппаратов, вспомогательных устройств, расходных материалов и/или оборудования для реабилитации;

- **прочие услуги, прямо предусмотренные договором, программой или вариантом страхования.**

Иные услуги оказываются в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, а также в соответствии с согласованной Страховым экспертом Индивидуальной программой долговременного ухода (в соответствии с п. 4.5.2.4. настоящих Правил).

4.4. Перечень медицинских, социальных и/или иных услуг для страховых случаев, перечисленных в п. 4.1.6.

Паллиативная медицинская помощь (паллиативное лечение) – медицинская помощь (комплекс мероприятий), оказываемая Застрахованным с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, при наличии медицинских показаний, при распространенных и метастатических формах злокачественных новообразований при невозможности достичь клинико-лабораторной ремиссии, заболевании в терминальной стадии развития, при необходимости проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь может включать паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь; паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь; паллиативную специализированную медицинскую помощь. Паллиативная медицинская помощь может быть оказана в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Паллиативная помощь оказывается в пределах страховой суммы и ограничений, предусмотренных Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, а также в соответствии с согласованной Страховым экспертом Индивидуальной программой паллиативной помощи (в соответствии с п. 4.5.2.4. настоящих Правил).

4.5. Порядок взаимодействия сторон при наступлении страхового события, порядок организации и оплаты медицинских, социальных и/или иных услуг:

4.5.1. Перечень документов, предоставляемых для признания события страховым:

4.5.1.1. При первоначальной постановке Застрахованному в период срока страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинских, социальных и /или иных услуг, Страхователь (Застрахованный) или его законный представитель обязан незамедлительно, не позднее чем в течение 10 (десяти) рабочих дней 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.).

4.5.1.2. Для признания наступившего события страховым Страхователь (Застрахованный) или его законный представитель предоставляет Страховщику/Сервисной компании следующие документы:

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

4.5.1.2.2. Копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

4.5.1.2.3. Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного;

4.5.1.2.4. Направление лечащего врача на паллиативное лечение, при наличии;

4.5.1.2.5. 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);

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

4.5.1.2.7. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного из поликлиники (из онкологического диспансера – при диагностировании злокачественного новообразования) по месту жительства, содержащая информацию о заболеваниях, имевшихся у Застрахованного до заключения Договора страхования за период 10 (десять) лет;

4.5.1.2.8.Справка (Сведения) об оказанных медицинских услугах и их стоимости за указанный период времени, относящиеся к пользователю единого портала государственных и муниципальных услуг;

4.5.1.2.9.Заключение МСЭ об установлении группы инвалидности, включая программу реабилитации;

4.5.1.2.10. Направление (медицинское заключение) на паллиативное лечение, выданное врачом – онкологом или врачебной комиссией в составе лечащего врача по профилю заболевания Застрахованного, врача по паллиативной медицинской помощи, врача по медицинской реабилитации, врача-анестезиолога-реаниматолога), при наличии гистологически верифицированного диагноза о необходимости проведения симптоматического лечения;

4.5.1.2.11. 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;

4.5.1.2.12. Если событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно к документам, указанным в п. 4.5.1., 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;

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

4.5.1.3. Если иное прямо не предусмотрено положениями Правил, указанные в п. 4.5.1., документы должны быть представлены в виде оригиналов или копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

4.5.1.4. Все документы предоставляются на русском языке.

4.5.2.1. Порядок признания события страховым:

4.5.2.1.1. Страховщик после получения Заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, обязан:

1) Принять заявление к рассмотрению. В случае если представлен неполный комплект документов, обязанность по предоставлению которых лежит на Страхователе (Застрахованном) или его законном представителе, в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента получения заявления запросить у Страхователя (Застрахованного) или его законного представителя дополнительно документы/информацию/сведения в письменном виде с уведомлением об отсрочке в принятии решения до получения необходимых документов.

2) Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения полного комплекта документов, предусмотренных п. 4.5.1 Правил, должен провести их анализ и принять решение о признании (отказе в признании) события Страховым случаем.

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) В случае признания случая страховым в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с принятия решения направить уведомление Застрахованному о возможности организации медицинских, социальных и/или иных услуг. Застрахованный должен в течение 30 (тридцати) календарных дней уведомить Страховщика о своём решении в отношении получения таких услуг в рамках Индивидуальной программы долговременного ухода (объем и порядок предоставления услуг определен Договором страхования, Вариантом и Программой страхования).

4.5.2.1.2. Страховщик, если это необходимо, вправе:

1) Направить запрос в письменной форме о недостающих документах/ информации/ сведениях Страхователю (Застрахованному) или его законному представителю, в правоохранительные и иные органы, в медицинские, социальные и другие учреждения, МСЭ, ФОМС, страховые и сервисные компании, лицам, располагающим информацией об обстоятельствах страхового события.

2) Проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства страхового события.

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.4.5.2.1.2., или принято решение о проведении самостоятельной экспертизы/установления фактов/выяснения причин и обстоятельств, согласно п. 4.5.2.1. – до получения ответа на запрос или на время проведения собственной экспертизы, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней.

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.

4.5.2.1.3. **Страховое возмещение** по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному медицинских, социальных и/или иных услуг. При признании события Страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик организует оказание Медицинских, социальных и/или иных услуг **в соответствии со следующим порядком:**

1) Выбор поставщика медицинских, социальных и/или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, Вариантом и Программой страхования, осуществляется Страховщиком.

2) Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения оказывают медицинские, социальные и/или иные услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, Программой и/или Вариантом страхования с учетом сроков и ограничений Договора страхования, Программы и Варианта страхования.

3) После получения Страховщиком подтверждения от Застрахованного о выбранном учреждении для оказания медицинских, социальных и/или иных услуг Страховщик/Сервисная компания осуществляет организацию необходимых услуг в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения и/или Индивидуальной программой долговременного ухода, Договором страхования, Программой или Вариантом страхования, но не более чем через 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения такого подтверждения от Застрахованного /Страхователя.

4) Отказ Застрахованного от получения медицинских, социальных и/или иных услуг фиксируется Страховщиком/ представителем Страховщика в письменном виде.

4.5.2.2. **Порядок признания Застрахованного лица нуждающимся в долговременном уходе или паллиативном лечении.**

А. Основания для признания Застрахованного лица нуждающимся в долговременном уходе:

Застрахованное лицо признается нуждающимся в долговременном уходе, если существуют следующие обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности:

1) полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, состояния или травмы, впервые наступивших в период действия Договора страхования и предусмотренных Программой, Вариантом и/или Договором страхования;

2) установление Застрахованному лицу впервые в период действия Договора страхования I, II группы инвалидности, в случаях, предусмотренных Программой или Вариантом страхования (в результате несчастного случая или болезни), определяющей потребность в постоянном постороннем уходе.

При наступлении страхового события Застрахованный или его законный представитель обязаны обратиться к Страховщику или к назначенному им представителю/в сервисную компанию в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты события. Основанием для признания события страховым является поданное в письменной или электронной форме заявление данного Застрахованного лица или его законного представителя о предоставлении долговременного ухода или паллиативного лечения.

Б. Признание Застрахованного лица нуждающимся в долговременном уходе или паллиативном лечении предполагает проведение включает следующие мероприятия:

1) определение индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе, структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов (далее - определение индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе);

2) подбор Застрахованному лицу, нуждающемуся в постороннем уходе или паллиативном лечении, пакета долговременного ухода и оптимальных условий его предоставления (в рамках объема и сроков, предусмотренных его программой страхования);

3) составление Страховым экспертом и/или органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания или уполномоченной данным органом организацией Индивидуальной программы, включающей пакет долговременного ухода в рамках лимитов, ограничений и объема услуг,

предусмотренных договором, Программой и/или Вариантом страхования (далее – Индивидуальная программа).

4) Признание Застрахованного лица нуждающимся в долговременном уходе осуществляется с учетом положений Приказа Минтруда России от 30 июля 2014 г. N500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах».

В. Основанием для завершения долговременного ухода/ паллиативного лечения является утрата Застрахованным лицом права на такое обслуживание, либо отказ Застрахованного лица от обслуживания.

4.5.2.3. Порядок определения индивидуальной потребности Застрахованного лица в долговременном (постороннем) уходе:

1) Определение индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе, структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов («типизация») осуществляется лечащим врачом. Такая потребность должна быть подтверждена Страховым экспертом, при необходимости с привлечением профильных специалистов организаций социального обслуживания, медицинских и/или иных организаций, в том числе негосударственных.

2) Индивидуальная потребность застрахованного лица в постороннем уходе определяется с учетом анкет и инструкций по их заполнению, позволяющих провести оценку функциональной самостоятельности и когнитивных способностей Застрахованного лица.

3) При определении индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе учитываются:

- данные анкет (опросников) о функциональной самостоятельности и когнитивных способностях застрахованного лица;
- заключения врачебных комиссий медицинских организаций, содержащие клинико-функциональные данные о застрахованном лице;
- результаты медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- результаты дополнительных обследований Застрахованного лица (тестов), проведенных в медицинских организациях;
- результаты медико-социальной экспертизы Застрахованного лица (при наличии у него инвалидности), устанавливающей структуру и степень ограничения жизнедеятельности Застрахованного лица и его реабилитационного потенциала, и определяющей нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре);
- результаты обследования условий жизнедеятельности Застрахованного лица;
- информация, полученная от лиц, которые находятся в постоянном общении с Застрахованным лицом (членов семьи, родственников, друзей, соседей и других лиц);
- иная информация, полученная в том числе от участников системы долговременного ухода в рамках межведомственного взаимодействия посредством информационного обмена сведениями о Застрахованном лице, нуждающемся в постороннем уходе.

4) Результатом определения индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе является установление в целях подбора Застрахованному лицу пакета долговременного ухода и оптимальных условий их предоставления, параметров нуждаемости в долговременном уходе – Индивидуальная программа долговременного ухода (с учетом объема услуг, лимитов и ограничений, указанных в договоре страхования, Программе или Варианте страхования), включающая:

- периодичность ухода - потребность ухода в неделю (от одного раза до нескольких раз);
- характер ухода - замещающие действия (действия за Застрахованное лицо, нуждающееся в постороннем уходе, не способное самостоятельно или частично осуществлять самообслуживание, удовлетворять основные жизненные потребности) или ассистирующие действия (действия, обеспечивающие поддержку действий и решений застрахованного лица, нуждающегося в постороннем уходе, по самообслуживанию и удовлетворению основных жизненных потребностей) и их сочетание;
- интенсивность ухода - потребность в уходе в течение дня (от одного раза до нескольких раз);
- продолжительность ухода - количество часов в неделю и в день;
- часы предоставления ухода - в дневное время, в ночное время;
- необходимость присмотра, с целью обеспечения их безопасности;
- необходимость социального сопровождения - для граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в предоставлении медицинской, психологической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам;

- форма обслуживания, технологии социального обслуживания или их сочетание;
- график предоставления долговременного ухода.

5) Застрахованному лицу, исходя из параметров его нуждаемости в долговременном уходе, определяется «уровень нуждаемости»:

- первый уровень нуждаемости в постороннем уходе - от одного до нескольких часов несколько раз в неделю;
- второй уровень нуждаемости в постороннем уходе - от одного до нескольких часов ежедневно;
- третий уровень нуждаемости в постороннем уходе - от нескольких часов до 24 (двадцати четырех) часов ежедневно, включая ночные часы.

6) Данные об индивидуальной потребности застрахованного лица в постороннем уходе, включая параметры нуждаемости в долговременном уходе и «уровень нуждаемости» передаются Страховщиком в сервисную компанию и/или медицинскую и/или социальную организацию, осуществляющие долговременный уход, включая индивидуальные потребности застрахованного лица, перечень предоставляемых услуг, мероприятия по сопровождению, условия предоставления услуг, а также пакет долговременного ухода (Индивидуальную программу долговременного ухода).

7) Определение индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе, включая установление параметров нуждаемости в долговременном уходе и «уровня нуждаемости», осуществляется работником организации, уполномоченной Страховщиком, который соответствует требованиям одного из профессиональных стандартов «Специалист по социальной работе», «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», «Врач», прошедший профессиональное обучение по программам профессиональной подготовки (переподготовки) или повышения квалификации в целях осуществления трудовых функций по определению индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе и наделен трудовой функцией по взаимодействию с работниками уполномоченных организаций.

8) Индивидуальная потребность, а также итоговый объем, предоставляемый Страховщиком в рамках программы страхования должен быть подтвержден Страховым экспертом, назначенным Страховщиком и не может превышать объемы услуг, предусмотренный Программой, Вариантом или Договором страхования.

9) В случае если Застрахованный признан нуждающимся в форме социального обслуживания на дому или в полустационарной форме, предоставление долговременного ухода осуществляется по месту жительства или пребывания Застрахованного лица, нуждающегося в постороннем уходе.

10) В целях обеспечения Застрахованному лицу, нуждающемуся в постороннем уходе, оптимальных условий услуги в рамках исполнения Индивидуальной программы долговременного ухода могут предоставляться одной либо несколькими медицинскими или иными организациями (во взаимодействии друг с другом) во всех формах обслуживания, предусмотренного Договором страхования, Вариантом или Программой страхования, а также с применением технологий социального обслуживания, используемых в системе долговременного ухода, в том числе в их сочетании или с их чередованием в зависимости от индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе и параметров нуждаемости в долговременном уходе.

11) При определении оптимальных условий предоставления Застрахованному лицу, нуждающемуся в постороннем уходе, долговременного ухода Страховщик исходит из приоритетности сохранения пребывания Застрахованного лица в привычной благоприятной среде (дома, в семье) с учетом обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности.

12) В случае изменения обстоятельств, которые улучшили условия жизнедеятельности Застрахованного лица, нуждающегося в постороннем уходе, а также обстоятельств, которые ухудшили или могут ухудшить условия его жизнедеятельности, рекомендуется пересматривать индивидуальную потребность застрахованного лица в постороннем уходе и осуществлять подбор новой Индивидуальной программы долговременного ухода (исходя из потребности Застрахованного лица, но не реже чем 4 (четыре) раза в год).

13) Приоритетными для Застрахованного лица, нуждающегося в постороннем уходе, являются форма обслуживания на дому и полустационарная форма обслуживания, их сочетание, а также стационарозамещающие технологии.

14) В случае если при предоставлении медицинских, социальных и/или иных услуг в рамках долговременного ухода с сохранением пребывания Застрахованного лица в привычной благоприятной среде (дома, в семье) не достигаются цели социального обслуживания, или при наличии у застрахованного лица третьего уровня нуждаемости в постороннем уходе, превышающего объем пакета долговременного ухода, предусмотренного программой страхования, и при этом застрахованный отказывается от пакета долговременного ухода на дому и других социальных услуг для продолжения проживания дома, в том числе предоставляемых с применением различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов,

предусмотрена стационарную форму социального обслуживания, обеспечивающую постоянное круглосуточное проживание в организации социального обслуживания.

15) Срок предоставления Застрахованному лицу, нуждающемуся в постороннем уходе, обслуживания в круглосуточной форме при временном (на срок, определенный индивидуальной программой) круглосуточном проживании ограничен временем, необходимым для достижения цели социального обслуживания (прохождение курса реабилитации, краткосрочное освобождение от осуществления ухода членов семьи и других лиц).

16) Пакет долговременного ухода включает социальные услуги, обеспечивающие лицам, нуждающимся в постороннем уходе, предоставление ухода во всех формах социального обслуживания, а также содействие (организацию, без оплаты стоимости услуг, прямо не предусмотренных программой страхования) в предоставлении медицинской, психологической, социальной помощи.

17) Социальные услуги, не входящие в пакет долговременного ухода, предусмотренный программой страхования, в том числе социальные услуги, сопутствующие предоставлению ухода за лицами, нуждающимися в постороннем уходе, во всех формах социального обслуживания предоставляются Застрахованным лицам на платной основе (за счет собственных средств Застрахованного лица) при согласии Застрахованного лица или их законного представителя.

18) Объем предоставляемых Застрахованному лицу, нуждающемуся в постороннем уходе, услуг, входящих в программу долговременного ухода (далее – объем пакета долговременного ухода), определяется в соответствии с условиями его Договора страхования, Варианта или Программы страхования с учетом индивидуальной потребности Застрахованного лица в постороннем уходе и времени, затрачиваемого работниками, осуществляющими уход, и измеряется в часах (в месяц, в неделю, в день).

19) Объем пакета долговременного ухода, предоставляемого в форме социального обслуживания на дому в рамках системы долговременного ухода, составляет от 1 (одного) до 40 (сорока) часов в неделю и указывается в Договоре, Варианте или Программе страхования.

20) Объем пакета долговременного ухода, предоставляемого (по выбору Застрахованного лица) в сочетании формы социального обслуживания на дому с полустационарной формой социального обслуживания, составляет не более 40 (сорока) часов в неделю.

21) При установлении у Застрахованного лица первого уровня нуждаемости в постороннем уходе пакет долговременного ухода предоставляется в объеме от 7 (семи) до 14 (четырнадцати) часов в неделю.

22) При установлении у Застрахованного лица второго уровня нуждаемости в постороннем уходе социальный пакет долговременного ухода предоставляется в объеме от 14 (четырнадцати) до 24 (двадцати четырех) часов в неделю.

23) При установлении у Застрахованного лица третьего уровня нуждаемости в постороннем уходе социальный пакет долговременного ухода предоставляется в объеме от 24 (двадцати четырех) до 40 (сорока) часов в неделю.

24) График предоставления пакета долговременного ухода и социальных услуг, не входящих в состав пакета долговременного ухода, определяется по согласованию с Застрахованным лицом, нуждающимся в постороннем уходе, или его законным представителем, а также с лицом, осуществляющим уход и указывается в Индивидуальной программе пакета долговременного ухода.

25) Предоставление пакета долговременного ухода осуществляется в соответствии с правилами, включающими наименование социальных услуг и стандарты их предоставления, определяемыми Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

26) При предоставлении пакета долговременного ухода, предусматривающего посещение отделений дневного пребывания, лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно посещать данные отделения, обеспечивается социально-бытовая услуга по подвозу (сопровождению) их от места жительства или места пребывания до отделения дневного пребывания и обратно.

4.5.2.4. Составление Индивидуальной программы пакета долговременного ухода:

1) Индивидуальная программа долговременного ухода (далее - Индивидуальная программа) - документ, составляемый при участии Застрахованного лица, признанного нуждающимся в социальном обслуживании.

2) Индивидуальная программа составляется по результатам определения индивидуальной потребности Застрахованного лица в долговременном (постороннем) уходе в соответствии с порядком, предусмотренным в п. 4.5.2.3.

3) Форма Индивидуальной программы, содержащей специальный раздел о предоставлении пакета долговременного ухода, определяется Страховщиком.

4) Индивидуальная программа составляется лечащим врачом и/или социальным работником и подлежит согласованию Страховым экспертом в сроки, установленные Программой страхования, но не более

чем в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения комплекта документов, достаточных для составления такой программы. Индивидуальная программа пересматривается в зависимости от изменения этой нужды или по представлению оператора, но не реже чем 1 (один) раз в 3 (три) месяца.

5) В индивидуальной программе о предоставлении пакета долговременного ухода указываются:

А) форма (формы) социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления услуг, входящих в пакет долговременного ухода, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, мероприятия по социальному сопровождению, а также, технологии социального обслуживания, в том числе стационарозамещающие;

Б) форма (формы) социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, не входящих в социальный пакет долговременного ухода и предоставляемых на платных условиях, а также перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, мероприятия по социальному сопровождению, технологии социального обслуживания.

6) Застрахованные лица, нуждающиеся в постороннем уходе, их законные представители имеют право на участие в составлении Индивидуальных программ.

7) Индивидуальная программа для Застрахованного лица или его законного представителя имеет рекомендательный характер, для поставщика социальных услуг - обязательный характер.

8) Поставщики услуг обязаны предоставлять услуги их получателям в соответствии с Индивидуальными программами в рамках договора, Программы или Варианта страхования и условиями договоров, заключенных с получателями социальных услуг или их законными представителями.

9) Пересмотр индивидуальной программы осуществляется с учетом результатов реализованной Индивидуальной программы.

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 или в период действия временной франшизы (периода ожидания), 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 (за исключением случаев, прямо предусмотренных программой);

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 симптомы заболевания (болезни) впервые проявились и заболевание (болезнь) 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 злокачественных новообразований, не требующих паллиативного лечения;

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

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

5.1.12. 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;

5.1.13. 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, социальные и/или иные услуги, не предусмотренные условиями страхования

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

5.2.1. Получение Застрахованным медицинских, социальных и/или иных услуг, которые прямо не предусмотрены Договором страхования, Вариантом или Программой страхования.

5.2.2. Получение Застрахованным медицинских, социальных 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, социальных и/или иных услуг в Медицинских и/или иных учреждениях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.

5.2.4. Получение Застрахованным медицинских, социальных и/или иных услуг сверх лимитов, страховых сумм и иных ограничений, предусмотренных конкретным договором, вариантом или Программой страхования.

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

5.2.6. Получение Застрахованным медицинских, социальных 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 и предварительного согласования Страховщика/ Сервисной компанией.

5.2.7. Получение Застрахованным медицинских, социальных 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, социальных 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. Получение Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации (кроме прямо предусмотренных договором страхования, программой или вариантом страхования).

5.2.10. Медицинских, социальных и/или иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, после операций и/или травм, непосредственно не связанных со Страховым случаем.

5.2.11. Расходы по оплате медицинских, социальных и/или иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного.

5.2.12. 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, не предусмотрено договором, вариантом или программой страхования, либо сверх объемов/сроков/лимитов, предусмотренных программой, вариантом или договором страхования, и не было согласовано Страховщиком/Сервисной компанией до начала их использования.

5.2.13. Любые расходы, понесенные в связи с приобретением или прокатом любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, биндажей, 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 если их использование не является необходимым с медицинской точки зрения, не предусмотрено договором, вариантом или программой страхования, либо сверх объемов/сроков/лимитов, предусмотренных программой, вариантом или договором страхования, и не было согласовано Страховщиком/Сервисной компанией до начала их использования.

5.2.14. Оплата телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к лечению, либо прочих услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и Сопровождающим его лицам.

5.2.15. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от места проживания Застрахованного и Сопровождающих его лиц до Медицинского учреждения либо лечащего Врача (кроме прямо предусмотренных договоров, программой или вариантом страхования).

5.2.16. Страховщик не оплачивает расходы, 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, социальных 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, социальных 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; 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 (двадцати пяти) метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

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

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

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

5.3.8. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских, социальных 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, включая СВО.

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, возраст которых составляет более 70 (семидесяти) лет на дату заключения Договора страхования;

- 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 (десять) 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, 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;

- Лица, находящиеся на территории СВО.

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 и/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 до 5 (пяти) лет, 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. В случае перерыва в страховании ответственность Страховщика на следующий страховой год не распространяется, а обязанности Страховщика считаются исполненными в полном объеме и выплаты по страховым событиям 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, социальных 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, социальных 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. 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 в рассрочку (страховыми взносами) ежегодно, путем уплаты Страховых взносов наличными деньгами или путем безналичных расчетов. Периодичность и порядок уплаты страховой премии определены 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 просрочке внесения взноса Страховщик направляет Страхователю уведомление не позднее чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты неуплаты очередного взноса. 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.

В этом случае Страховщик направляет Страхователю уведомление о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений и о намерении в одностороннем порядке расторгнуть Договор страхования вследствие неуплаты Страхователем очередного страхового взноса. В случае если в течение 5 (пяти) календарных дней от даты получения указанного уведомления Страхователь не погасил задолженность по уплате очередного страхового взноса, Договор страхования может быть прекращен Страховщиком в одностороннем порядке с 00 часов 00 минут даты уплаты страхового взноса, который не был уплачен или не был уплачен в полном объеме. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

6.4.5. 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 (четырнадцати) 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.

6.4.6. Договором страхования может быть предусмотрен льготный период. Льготный период начинается с даты, установленной в Договоре страхования в качестве даты оплаты очередного страхового взноса. Продолжительность льготного периода устанавливается в Договоре страхования. В течение льготного периода Страховщик несет ответственность по Договору страхования в полном объеме. Если по истечении льготного периода очередной страховой взнос не был уплачен и Страхователь не информировал в письменной форме Страховщика о желании досрочно расторгнуть Договор страхования либо произвести изменения Договора страхования, то действие его продолжается без дальнейшей уплаты взносов, если к моменту прекращения уплаты страховых взносов Договор страхования действовал и был оплачен страховыми взносами не менее 1 (одного) года (при этом Договором страхования может быть предусмотрен иной срок, который должен быть оплачен по договоренности между Страховщиком и Страхователем. Если по истечении льготного периода очередной страховой взнос не был уплачен и Страхователь не информировал в письменной форме Страховщика о желании досрочно расторгнуть Договор страхования либо произвести изменения Договора страхования, то действие его завершается.

6.5. Срок страхования

6.5.1. Договор страхования заключается сроком до 5 (пяти) лет, но не менее чем на 1 (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 страхования в силу, если в Договоре страхования 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 страхования 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 страхования, 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 и потенциальных Застрахованных Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

В отношении граждан Российской Федерации:

- документы, признанные в соответствии с законодательством Российской Федерации документами, удостоверяющими личность;

- документ, подтверждающий регистрацию по месту пребывания и/или по месту жительства (при наличии);
- свидетельство ИНН (при наличии);
- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России;
- документы, необходимые для идентификации Страхователя в соответствии с положениями Федерального закона от 07.08.2011 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

В отношении иностранных граждан и лиц без гражданства:

- общегражданский паспорт или иной документ, установленный законодательством Российской Федерации или признаваемый в соответствии с международным Договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного застрахованного лица или лица без;
- документ, подтверждающий право иностранного застрахованного лица или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации;
- миграционная карта (если в соответствии с действующим законодательством она должна была быть оформлена при пересечении данным иностранным застрахованным лицом или лицом без гражданства границы Российской Федерации);
- документы, необходимые для идентификации Страхователя в соответствии с положениями Федерального закона от 07.08.2011 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Для юридических лиц резидентов Российской Федерации:

- свидетельства о регистрации;
- свидетельства о постановке на налоговый учет;
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе.

Для юридических лиц нерезидентов:

- свидетельства о регистрации, выданного в стране регистрации;
- свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации.

Для индивидуальных предпринимателей:

- документы, признанные в соответствии с законодательством Российской Федерации документами, удостоверяющими личность;
- документ, подтверждающий регистрацию по месту пребывания и/или по месту жительства (при наличии);
- свидетельство ИНН (при наличии);
- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России;
- документы, необходимые для идентификации Страхователя в соответствии с положениями Федерального закона от 07.08.2011 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
- свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя.

7.2.8. Для заключения Договора страхования Страховщик имеет право запросить следующую информацию:

- адрес места жительства (регистрации), 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 экстремальными 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 страхования 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, социальных и/или иных услуг из числа услуг, предусмотренных настоящими Правилами страхования. Набор Медицинских, социальных и/или иных услуг по конкретному Договору страхования может определяться в Программе страхования или Варианте страхования, которые составляются 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, социальных и/или иных услуг.

7.2.15. Договор страхования должен содержать:

- для Страхователей - юридических лиц - наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты Страховщика и Страхователя, список Застрахованных лиц с указанием ФИО, даты рождения, адреса места жительства (регистрации) и телефона;
- для Страхователя - физического лица - номер договора, ФИО, адрес места жительства (регистрации), паспортные данные и телефон Страхователя, список Застрахованных лиц с указанием ФИО, даты рождения, паспортных данных и телефона;
- для всех Договоров страхования - срок действия Договора страхования, объект страхования, согласованный сторонами объем, условия и порядок оказания медицинских, социальных 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.
- В случае утраты Страхователем (Застрахованным) Договора страхования (Полиса) Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного) выписывает его дубликат. На дубликате Договора страхования (Полиса) делается соответствующая надпись. Утраченный Договора страхования (Полис) считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг.

7.3. Прекращение действия Договора страхования

7.3.1. Договор страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение услуг по Договору страхования:

- 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 страхования 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 страхования 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.

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:

- 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 (четырнадцати) 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 14 (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 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

- В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в срок, установленный п.7.3.9. 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
- В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в срок, установленный п.7.3.9. 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.

- 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 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора 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 андеррайтинговые 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

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

7.5.2. Если по какой-либо причине Страховщик и Страхователь заключат два или более Договора страхования, обозначенных выше в настоящем разделе, то любой другой Договор страхования, нежели тот, который был заключён первым, считается не заключённым, и Страховщик в течение 60 (шестидесяти) 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 страхования 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 страхования.
- 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 услуги, оказанные Застрахованному лицу, в соответствии с Вариантом и Программой страхования, в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования или установленные Правилами.
- 9.1.6. Осуществлять идентификацию Страхователя в рамках исполнения законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, в том числе, путем запроса и получения от Страхователя необходимых для данной цели документов, в том числе, но, не ограничиваясь, документов, удостоверяющих личность Страхователя;
- 9.1.7. Ознакомить Страхователя при заключении Договора страхования с информацией, необходимой в соответствии с требованиями Указаний ЦБ, Базовых Стандартов ЦБ и ВСС, с условиями Договора страхования, Программы страхования/настоящих Правил страхования;
- 9.1.8. Осуществлять информирование страхователя, в том числе путем выдачи специальных информационных документов, разработанных в соответствии с требованиями, установленными действующим законодательством, в том числе органом страхового надзора.
- 9.1.9. В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, 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 страхования.

9.2. Страховщик имеет право:

- 9.2.1. Перед заключением Договора страхования 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 страхования, 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 страхования 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 приложением копии паспорта Страхователя – физического лица и оригинала или копии Договора страхования (Полиса).
- 9.3.12. Страхователь – физическое лицо обязан при заключении Договора страхования предоставлять документ, удостоверяющий его личность, в целях осуществления его идентификации в рамках исполнения требований законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, а также по запросу Страховщика иные документы, необходимые для данной цели;
- 9.3.13. При включении в Договор страхования Застрахованных лиц и/или Выгодоприобретателей получить у них согласие на обработку Страховщиком их персональных данных.

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 страхования в случае его утраты.
- 9.4.5. Отказаться от Договора страхования в любое время.

9.5. Застрахованное лицо обязано:

- 9.5.1. Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими учреждениями.
- 9.5.2. При возникновении события, имеющего признаки страхового, сообщить об убытке в срок, предусмотренный настоящими правилами и действовать в соответствии с Памяткой Застрахованного при обращении за медицинской помощью.
- 9.5.3. При обращении за получением Медицинских и/или иных услуг предоставить согласие на обработку своих персональных данных, в том числе медицинского характера.

9.6. Застрахованное лицо имеет право:

9.6.1. Получать услуги в соответствии с Договором страхования.

9.6.2. Получать разъяснения по условиям Договора страхования о порядке предоставления Медицинских и/или иных услуг.

9.6.3. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования.

9.6.4. Отказаться от получения Медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, предоставив Страховщику письменный отказ.

10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, возникающие при исполнении (неисполнении, ненадлежащем исполнении), изменении и расторжении Договора страхования 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, подтверждает 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 страхования, администрирования Договора страхования, 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 (десять) 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 (десять) 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. Типовая программа страхования;

Приложение 2. Страховые тарифы;

Приложение 3. Договор страхования юридических лиц;

Приложение 4. Договор страхования физических лиц (полис);

Приложение 5. Медицинская декларация / Медицинская анкета застрахованного лица.