

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «БКС СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»

---

---

УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор  
ООО СК «БКС Страхование жизни»



(Дроздов А.В.)  
Приказ № 2020\_147 от 25.12.2020

## Правила комбинированного страхования № 2

(в редакции, утвержденной приказом № 2020\_147 от 25.12.2020г., первоначальная редакция утверждена приказом № 2020\_134 от 09.12.2020г., предыдущая редакция утверждена приказом № 2020\_134 от 09.12.2020г.)

## **СОДЕРЖАНИЕ:**

<b>1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ</b>	<b>3</b>
<b>2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ</b>	<b>8</b>
<b>3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ</b>	<b>9</b>
<b>4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ</b>	<b>10</b>
<b>5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (ВЗНОСЫ)</b>	<b>13</b>
<b>6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ</b>	<b>15</b>
<b>7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ</b>	<b>19</b>
<b>8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН</b>	<b>21</b>
<b>9. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ</b>	<b>23</b>
<b>10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ</b>	<b>24</b>
<b>11. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ</b>	<b>27</b>
<b>12. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ</b>	<b>28</b>
<b>13. ФОРС-МАЖОР</b>	<b>29</b>
<b>14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ</b>	<b>29</b>

**Приложения**

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования (далее по тексту – «Правила страхования», «Правила») Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее также – «Страховщик») заключает со Страхователями договоры страхования жизни, договоры добровольного медицинского страхования, договоры комбинированного страхования жизни и добровольного медицинского страхования (далее также – договор(-ы) страхования).

При заключении конкретного договора страхования название договора комбинированного страхования также может указываться с учетом страховых рисков, включаемых в Договор страхования: договор комбинированного страхования жизни и добровольного медицинского страхования.

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе, Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также формировать условия страхования для отдельного договора страхования или группы договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.4. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

**Активный отдых** – спортивный туризм, в том числе пешие восхождения на горы, экскурсионные путешествия по пещерам; водные виды спорта (плавание, дайвинг с инструктором на глубину не более 10м, экскурсионный рафтинг, яхтинг), зимние виды спорта (катание на лыжах, кроме горных, санях, тюбингах, катание на коньках), спортивные игры (волейбол, футбол, баскетбол, бейсбол, хоккей, настольный теннис, большой теннис, пейнтбол, бильярд, керлинг, боулинг); посещение водных аттракционов, аквапарков, катание с водных горок, прыжки в воду; охота (в том числе подводная); катание или путешествие на лодках (гребных, моторных), плотам и маломерных судах; катание на мопедах, мотороллерах, скутерах, квадроциклах; катание на велосипедах, роликовых коньках, самокатах, скейтах, занятия любыми видами спорта (кроме единоборств) в фитнес-клубах, тренажерных залах.

В договоре страхования понятие активного отдыха может быть уточнено и перечислены дополнительные виды физической активности Застрахованного, при занятии которой на него распространяется действие страхования.

**Врач-эксперт** – специалист страховой компании с законченным и должным образом зарегистрированным высшим профильным медицинским образованием, имеющий опыт медицинской практики не менее 1 (одного) года, не являющийся родственником Застрахованного.

**Выгодоприобретатель** – одно или несколько физических лиц или юридических лиц, в пользу которых заключен Договор страхования, т.е. которым принадлежит право на получение страховых выплат по Договору страхования.

**Выкупная сумма** – сумма, определенная Договором страхования, выплачиваемая при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования и/или Договором страхования.

**Госпитализация** – стационарное лечение Застрахованного, необходимость которого была вызвана произошедшим в течение срока действия Договора страхования несчастным случаем.

**Застрахованное лицо (Застрахованный)** - физическое лицо, застрахованное по Договору страхования.

**Любительский (массовый спорт)** - часть спорта, направленная на физическое воспитание и физическое развитие граждан, для которых спорт не является основным видом деятельности, посредством проведения организованных и (или) самостоятельных занятий, а также участия в физкультурных и спортивных мероприятиях, целью которых не является получение материального вознаграждения или заработной платы.

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

**Несчастный случай** - фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное, кратковременное (до нескольких часов), внешнее по отношению к Застрахованному событие, 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 действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного и/или Выгодоприобретателя.

**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 ДМС. 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 после окончания периода ожидания (т.е. с учетом временной франшизы). Период ожидания по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» (п. 3.2.2. Правил) составляет 90 дней. Период ожидания по риску «Медицинская диагностика» (п. 3.2.3. Правил) составляет 90 дней.

**Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)**

– документ, являющийся неотъемлемой частью договора страхования (при страховании по риску, указанному в п.п. 3.2.2. - 3.2.3. Правил страхования), в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует (самостоятельно либо через Сервисную компанию) и оплачивает по договору страхования, а также порядок их оказания.

По настоящим Правилам страхования Договор страхования по страховому риску, указанному в п.п. 3.2.2. - 3.2.3. Правил страхования, заключается на условиях Программы добровольного медицинского страхования «Программа медицинского обслуживания» (далее также - Программа ДМС) (Приложение № 3 к настоящим Правилам страхования).

**Профессиональный спорт** - часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату.

**Сервисная компания (Ассистанс, Ассистанс - компания)** – специализированная организация, привлекаемая Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

**Спорт** - сфера социально-культурной деятельности как совокупность видов спорта, сложившаяся в форме соревнований и специальной практики подготовки человека к ним.

**Спортсмен** - физическое лицо, занимающееся выбранными видом или видами спорта и выступающее на спортивных соревнованиях.

**Спортивное соревнование** - состязание среди спортсменов или команд спортсменов по различным видам спорта (спортивным дисциплинам) в целях выявления лучшего участника состязания, проводимое по утвержденному его организатором положению (регламенту).

**Срок страхования** - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страхования, обусловленного Договором страхования. Страхование распространяется только на страховые случаи, возникшие в результате страховых рисков, произошедших с Застрахованным в течение срока страхования. Если договором страхования не предусмотрено иное, срок начала действия страхования считается со дня вступления договора страхования в силу и заканчивается датой окончания срока действия договора страхования.

**Страхователь** – дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

**Страховщик** - ООО СК «БКС Страхование жизни», созданное и действующее на основании Устава и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Страховая выплата** – по страховым рискам, предусмотренным п. 3.2.1. Правил страхования, сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем. При наступлении Страхового случая по страховым рискам, предусмотренным п.п. 3.2.2. - 3.2.3. Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС.

**Страховая сумма** - определенная Договором страхования денежная сумма, устанавливаемая по каждому страховому случаю отдельно и/или по всем страховым случаям вместе (агрегировано), исходя из которой определяются размеры страховой премии и страхового возмещения. При этом величина страховой суммы может быть переменной в зависимости от срока страхования, размера обязательств по Договорам иным, чем Договор страхования, иных обстоятельств, предусмотренных Договором страхования.

**Страховая премия (страховые взносы)** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования единовременно (разовым платежом) за весь срок страхования (срок действия) или периодическими платежами в рассрочку. Размер страховой премии рассчитывается на основе разработанных Страховщиком страховых тарифов, с учетом статистических данных по страховым рискам и индивидуальных особенностей Страхователя (Застрахованного).

**Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

**Страховой тариф** - представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

**Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы)** - под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, химическое или биологическое воздействие, либо заражение, а также иные обстоятельства, которые Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо) не могут предвидеть и/или предотвратить своими силами.

1.5. По страхованию жизни: Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя(-ей) другое(-ие) лицо(-а). В случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем(-ями) признаются наследники Застрахованного лица, если в договоре страхования не названо Выгодоприобретателем(-ями) иное(-ые) лицо(-а).

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

В случае, когда Выгодоприобретателями по договору страхования являются несколько лиц и при этом не будет указана абсолютная или относительная величина страховой выплаты, приходящаяся на каждого Выгодоприобретателя, то страховая выплата делится между ними в равных долях.

Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с письменного согласия этого лица.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую – либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

1.6. По медицинскому страхованию: Договор страхования заключается в пользу Застрахованного лица. Право на получение страховой выплаты принадлежит лицу, в пользу которого заключен Договор. Договор считается заключенным в пользу Застрахованного, если в Договоре не названо другое лицо для получения страховой выплаты (Выгодоприобретатель) и не получено письменное согласие Застрахованного о назначении Выгодоприобретателя. В соответствии с условиями договора страхования Страховщик в счет страховой выплаты (страховой суммы) вправе организовать оказание медицинских услуг застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу.

1.7. Предусмотренные Договором страхования выплаты Страховщик производит лицу, в пользу которого заключен Договор страхования независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым договорам и иным соглашениям, договорам страхования, заключенным с другими Страховщиками и сумм, причитающихся Застрахованному в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

1.8. Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, может быть заключен Страхователем – юридическим лицом в пользу названного в Договоре страхования физического лица, а Страхователем – физическим лицом как в пользу названного в Договоре страхования физического лица, так и в свою пользу.

1.9. Если Договор страхования заключается в пользу Застрахованного, то исполнения Договора страхования в пользу этого Застрахованного может требовать как Страхователь, так и Застрахованный, в пользу которого обусловлено исполнение.

1.10. В случае, если Договор страхования заключен Страхователем в пользу Застрахованного, при предъявлении Застрахованным требования о страховой выплате, на последнего распространяются обязанности Страхователя, не исполненные Страхователем.

1.11. Страхование осуществляется на основе Договора страхования, заключаемого между Страховщиком и Страхователем в соответствии с законодательством РФ и настоящими Правилами.

1.12. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать условия Договора страхования (Страхового полиса) или Выдержки из Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей (условия страхового продукта /программы), в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие условия или Выдержки из Правил прилагаются к Договору страхования и (или) включаются в текст Договора страхования и являются его неотъемлемой частью наряду с Правилами. Страховщик также вправе присваивать маркетинговые, в том числе аббревиатуры, отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

1.13. Договором страхования могут быть предусмотрены особые условия, определяющие период действия страхования.

1.14. Страхование, обусловленное договором страхования, по страховому риску, указанному в п. 3.2.1 настоящих Правил страхования распространяется на события, произошедшие в пределах нахождения Застрахованного лица на территории страхования, которой может являться территория всего мира, конкретного государства или его части, населенный пункт, здание, транспортное средство, иные места, указанные в договоре страхования, как территория страхования. При этом, если территория страхования в договоре страхования не указана, то территорией страхования по страховым рискам, указанным в настоящем пункте Правил страхования, считается весь мир.

1.15. При страховании по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.2. - 3.2.3. Правил страхования, медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования, могут быть оказаны Застрахованному лицу медицинскими организациями, находящимися как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств. При этом в Договоре страхования (приложениях к нему, в том числе, в Программе ДМС, указанной в договоре страхования) может быть указан конкретный перечень медицинских организаций, привлекаемых Страховщиком для оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу, и/или государство(а), на территории которых находятся такие медицинские организации.

## **2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования по настоящим Правилам страхования являются:

2.1.1. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.2.1 Правил страхования: имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни, а также с риском смерти Застрахованного.

2.1.2. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.2.2. Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программ ДМС, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил страхования – «Лечение при диагностировании критического заболевания»).

2.1.3. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.2.3. Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) при обращении Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил страхования - «Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)).

2.2. В договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию жизни и к медицинскому



страхованию (комбинированное страхование).

2.3. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и / или изменения условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

### **3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. По настоящим Правилам страховыми случаями с учетом всех положений и исключений, предусмотренных настоящими Правилами, являются:

3.2.1. Смешанный (комбинированный) риск Дожитие либо Смерть Застрахованного лица в результате любой причины, произошедшей с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые не являются страховыми случаями с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами страхования и/или договором страхования (далее страховой риск / страховой случай «Дожитие /Смерть Застрахованного в результате любой причины с возвратом уплаченных взносов (далее - Смерть Застрахованного)»).

3.2.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (далее страховой риск / страховой случай «Лечение при диагностировании критического заболевания»). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами страхования и/или договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (далее страховой риск / страховой случай «Лечение при диагностировании критического заболевания»).

3.2.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий,

снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (далее страховой риск / страховой случай «Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами страхования и/или договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

3.3. Событие, предусмотренное в п. 3.2.1 настоящих Правил (риск «Смерть Застрахованного»), является страховым случаем, если оно произошло в течение срока действия Договора страхования с учетом пункта 3.4. настоящих Правил и подтверждено документами, выданными компетентными органами в установленном порядке (медицинскими учреждениями, органами МСЭ, судом и другими), за исключением случаев, предусмотренных Разделом 4 настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования.

3.4. Событие, предусмотренное в п. 3.2.1 настоящих Правил является следствием события, происшедшего в период действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования, также являются страховыми случаями, если оно (событие, предусмотренное в п. 3.2.1 настоящих Правил) наступило в течение 12 (двенадцати) месяцев со дня окончания срока действия Договора страхования.

3.5. Период ожидания (временная франшиза по событиям, предусмотренным в п.п.3.2.2.-3.2.3. составляет 90 (девяносто) дней.

#### **4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ**

4.1. Не являются страховыми случаями события по страховому риску «Смерть Застрахованного» (п.3.2.1. Правил страхования), произошедшие в результате следующих событий (если иное не предусмотрено Договором страхования):

4.1.1. самоубийства или покушения Застрахованного на самоубийство в первые 2 (два) года действия договора страхования в отношении Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.1.2. участия Застрахованного в народных волнениях, забастовках, нарушениях общественного порядка, террористических актах на стороне, явившейся инициатором вышеуказанных событий, военных действий, если война официально объявлена;

4.1.3. ядерного взрыва, радиоактивного заражения, воздействия радиации или ионизирующего излучения;

4.1.4. умышленных действий Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на наступление страхового случая;

4.1.5. совершения Застрахованным преступления (уголовного преступления).

4.2. Исключения по риску «Лечение при диагностировании критического

заболевания» (п.3.2.2. Правил страхования):

4.2.1. Не подлежат оплате следующие услуги:

4.2.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в Программах ДМС.

4.2.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных Программой ДМС.

4.2.1.3. Услуги, необходимость оказаний которых возникла в связи с нарушением застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

4.2.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные Программой ДМС;

4.2.1.5. психириургия;

4.2.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

4.2.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

4.2.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:

4.2.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена Программой ДМС;

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

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

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

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

4.2.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках Программы ДМС и в соответствии с ее условиями;

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

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

4.2.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:

Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:

4.2.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных Программой ДМС

- и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;
- 4.2.2.2. предусмотренных Программой ДМС, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС;
- 4.2.2.3. не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
- 4.2.2.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 4.2.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
- 4.2.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
- 4.2.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
- 4.2.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 4.2.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
- 4.2.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
- 4.2.2.11. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.
- 4.2.2.12. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
- 4.2.2.13. не предусмотренных Программой ДМС;
- 4.2.2.14. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
- 4.2.2.15. в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах.
- 4.2.2.16. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями,

диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования., если лечение, предусмотренное Программой ДМС, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;

4.2.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе ДМС или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

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

4.2.2.19. в связи с родовыми травмами и/или врождёнными пороками развития любого вида.

4.3. По соглашению Сторон договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п.п. 4.1-4.2 настоящих Правил страхования, и Стороны вправе предусмотреть в договоре страхования положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений из страхования, и (или) дополнить его иными исключениями из страхования.

4.4. События, определенные в п.п. 4.1-4.3 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (ВЗНОСЫ)**

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования. Страховая сумма, установленная при заключении Договора страхования, уменьшается на величину осуществлённой страховой выплаты, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Страховая сумма может устанавливаться: отдельная по каждому страховому риску; единая (общая) по всем страховым рискам; единая (общая) по комбинации страховых рисков, предусмотренных Договором страхования, и отдельные страховые суммы по остальным рискам.

Если иное не предусмотрено Договором страхования при коллективном страховании страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо.

5.2. По соглашению сторон условия Договора страхования о размере страховой суммы, страховой премии (страхового взноса), порядке и сроках уплаты страховой премии (страховых взносов), сроке страхования, а также иные условия Договора страхования могут быть изменены. Все изменения условий Договора страхования оформляются путем подписания Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к Договору страхования.

5.3. Любые изменения к Договору действительны только в случае, если они не противоречат законодательству Российской Федерации, настоящим Правилам, составлены в письменной форме, скреплены подписью и печатью Страховщика и Страхователя.

5.4. Страховая сумма и страховая премия устанавливается в российских рублях. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях. При этом денежное обязательство подлежит оплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального Банка России, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено Договором страхования (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом). В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты по договору страхования в иностранной валюте, денежное обязательство может быть оплачено в иностранной валюте. При этом с целью осуществления контроля над валютным риском (финансовым риском в размере разницы курса валют) Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в Договоре страхования.

5.5. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется Договором страхования по соглашению Страхователя и Страховщика. При этом:

5.5.1. Размер страхового тарифа в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков определяется в процентах от страховой суммы на основании базовых годовых страховых тарифов, утвержденных в надлежащем порядке Страховщиком.

5.5.2. Страховые тарифы дифференцированы и могут применяться с учетом пола, возраста, профессии или рода занятий (деятельности) Застрахованного, состояния здоровья Застрахованного и иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая. Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному или может быть применен единый страховой тариф для всего коллектива, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом застрахованных лиц.

5.5.3. Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применять к базовому страховому тарифу поправочные (повышающие и/или понижающие) коэффициенты в зависимости от объема ответственности (обязательств) Страховщика, пола и возраста Застрахованного, профессии или рода занятий (деятельности) Застрахованного, его занятий помимо основной деятельности,

состояния здоровья Застрахованного, срока страхования, условий проживания, срока действия страховой защиты (страхования, обусловленного Договором страхования) и других обстоятельств, указанных в Договоре страхования.

5.6. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

5.7. Размер страховой премии определяется исходя из рассчитанного страхового тарифа, размера страховой суммы и лимита ответственности Страховщика в соответствии с условиями договора страхования, периодичности уплаты страховых взносов, срока страхования, срока действия договора страхования) и иных факторов, влияющих на степень страхового риска.

5.8. Страховая премия оплачивается Страхователем в порядке и сроки, которые установлены в Договоре страхования.

5.9. Страховая премия (страховые взносы) по Договору страхования может быть оплачена в наличной или безналичной форме. Форма оплаты страховой премии указывается в Договоре страхования.

5.10. Если иное не предусмотрено договором страхования, датой уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования признается:

5.10.1. дата получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или уплаты денежных средств в кассу Страховщика – при уплате в наличной форме;

5.10.2. дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.11. При наступлении страхового случая по Договору страхования, по которому Страхователь уплачивает страховую премию (страховые взносы) в рассрочку, из суммы страховой выплаты Страховщиком удерживаются все неуплаченные по Договору страхования страховые взносы, если Договором страхования не предусмотрено иное.

## **6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ**

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме и может быть оформлен путем составления одного документа, подписанного сторонами (п. 2 ст. 434 ГК РФ), либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

Договор страхования может быть заключен в виде электронного документа (при наличии технической возможности) через официальный сайт Страховщика. Неотъемлемой частью электронного Договора страхования являются Приложения к Договору страхования (включая Условия страхования, разработанные на основании Правил страхования). Электронный Договор страхования подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика и электронной подписью Страхователя – физического лица (квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица / индивидуального предпринимателя). Для заключения Договора страхования в виде электронного документа Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями,

содержащимися в Договоре страхования и Приложениях к Договору страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях. Электронный страховой полис считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии.

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. При необходимости перед заключением Договора страхования Застрахованные заполняют дополнительные заявления (анкеты) по установленной Страховщиком форме.

6.3. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

6.4. При страховании группы лиц Договор страхования может оформляться в виде единого документа для всех Застрахованных лиц с приложением списка Застрахованных лиц. При этом по желанию Страхователя Страховщик выдает Страхователю страховые полисы на каждого Застрахованного для вручения их Застрахованным лицам. При утере данных страховых полисов Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, при этом утраченный экземпляр страхового полиса считается не имеющим юридической силы с момента подачи Страхователем соответствующего заявления.

6.5. В случае утери Договора страхования (страхового полиса) Страхователем, Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора (страхового полиса) считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя, и выплаты по нему не производятся. При повторной утере Договора (страхового полиса) в течение срока страхования (срока действия) Договора страхования Страховщик может предусмотреть штрафные санкции в Договоре страхования за повторную утрату.

6.6. Договор страхования заключается на основе следующих сведений и документов:

6.6.1. Сведения и(или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Застрахованное лицо (персональные данные (например, фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес места жительства (регистрации), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, наименование выдавшего органа), сведения о родстве / состоянии в браке со Страхователем), документы, удостоверяющие личность, и др.);

6.6.2. Представленных документов, удостоверяющих личность представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя;

6.6.3. Учредительные документы юридического лица, выступающего Страхователем, а также документы, удостоверяющие личность руководителей юридического лица, выступающего Страхователем (по требованию);

6.6.4. Сведения о состоянии здоровья каждого лица, принимаемого на страхования по форме, установленной Страховщиком, в том числе Страховщик вправе требовать от Страхователя (Застрахованных) заполнить декларацию Застрахованного по форме, установленной Страховщиком или в письменном запросе Страховщика;

6.6.5. Сведения и/или документы, необходимые для исполнения Договора



страхования (например, мобильный или другой контактный номер телефона);

6.6.6. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации.

6.7. Форма представления указанных в п. 6.6. документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 6.6. настоящих Правил страхования перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и(или) сведений или принять взамен иные документы и(или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем.

Создание и отправка страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (заявления о заключении, изменении, досрочном прекращении Договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения, изменения, досрочного прекращения договора страхования, для получения страховой выплаты в случаях и в порядке, которые предусмотрены Правилами страхования, могут осуществляться с использованием официальных сайтов Страховщика, страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" или мобильных приложений Страховщика, страхового агента, страхового брокера, осуществляющих автоматизированное создание и отставку информации в информационную систему Страховщика. При этом официальный сайт, мобильное приложение Страховщика могут использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

Доступ к официальному сайту, мобильному приложению Страховщика для совершения действий, предусмотренных настоящим пунктом, может осуществляться Страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) с использованием единой системы идентификации и аутентификации.

В целях оформления Договора страхования информация, сведения и документы, могут направляться в электронной форме с использованием электронных средств связи. Информация в электронной форме, отправленная Страхователем и подписанная простой электронной подписью Страхователя (застрахованного лица, выгодоприобретателя) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи", признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица, если Правилами страхования не предусмотрено иное.

6.8. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении, а также предоставление поддельных документов является основанием для требования Страховщиком признания Договора страхования недействительным.

6.9. Все данные о Страхователе (Застрахованном), Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Однако Страховщик имеет право передавать перестраховщику или состраховщику данные о Застрахованном лице в том объеме, в каком это необходимо для оценки риска в целях заключения Договора перестрахования или сострахования.

6.10. По Договору страхования Страхователь с письменного согласия Застрахованного вправе назначить любое указанное Застрахованным лицо и впоследствии с письменного согласия Застрахованного заменять его другим лицом в качестве получателя страховой выплаты - Выгодоприобретателя, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель может быть назначен Застрахованным отдельно по каждому риску или по всем рискам предусмотренным Договором страхования.

6.11. Замена Выгодоприобретателя по Договору, назначенного с согласия Застрахованного, допускается лишь с согласия последнего.

6.12. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

6.13. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованный, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору, если только Договором не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор.

6.14. Если Выгодоприобретатель не будет назначен, то в случае смерти Застрахованного получателями страховой выплаты будут являться его наследники.

6.15. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованный, выполнение обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

6.16. В случае заключения Договора страхования путем составления одного документа Договор страхования считается заключенным в момент его подписания Страхователем и Страховщиком (его представителем), если Страхователем является физическое лицо, или если он подписан и скреплен печатями сторон, если Страхователем является юридическое лицо.

6.17. В случае если к сроку, установленному в Договоре страхования, единовременная страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, Договор страхования не вступает в силу и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю, если Договором не предусмотрено иное.

6.18. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон стороны обязаны

заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

6.19. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования может быть заключен на срок 7 (семь) лет.

7.2. Неуплата Страхователем очередного взноса в установленный в договоре срок, рассматривается Сторонами, как досрочный отказ Страхователя от договора страхования (п.2 ст.958 ГК РФ), если договором не предусмотрено иное или если стороны не заключили письменное соглашение об отсрочке уплаты очередного взноса до наступления срока платежа. В этом случае Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении договора страхования с 00 ч. 00 мин. дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как день оплаты очередного страхового взноса.

При этом в случае поступления на расчетный счет Страховщика денежных средств в счет оплаты очередного страхового взноса (или его части, если оплата взноса была произведена не в полном объеме), оплата которого была просрочена, указанные денежные средства считаются оплаченными ошибочно и подлежат возврату лицу, оплатившему страховой взнос.

Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого по согласованию сторон отсрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму неоплаченных страховых взносов.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неисполнения обязательств по оплате очередного взноса страховой премии.

7.3. Договор страхования вступает в силу с 00 ч. 00 мин. дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Действие договора страхования заканчивается после 23 ч. 59 мин. местного времени дня, указанного в договоре страхования как день его окончания.

7.4. Изменение условий Договора страхования возможно по письменному соглашению Сторон.

7.5. В случае внесения изменений в Договор страхования обязательства считаются измененными и вступают в силу со дня заключения соглашения Сторон об изменении Договора страхования, если иное не вытекает из соответствующего соглашения.

7.6. Действие Договора страхования прекращается в случае:

7.6.1. Истечения срока действия Договора;

7.6.2. Досрочного выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору

страхования в полном объеме (в размере страховой суммы);

7.6.3. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Страхователю возвращается часть уплаченной страховой премии пропорциональная не истекшему оплаченному сроку Договора страхования;

7.6.4. Принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

7.6.5. В случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки или оплаты Страхователем очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие по истечении срока страхования, оплаченного по Договору страхования предыдущим страховым взносом (страховыми взносами), если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.6.6. В иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации.

7.6. Договор страхования может быть досрочно расторгнут в одностороннем внесудебном порядке в следующих случаях:

7.6.1. По инициативе Страхователя согласно п.8.1.4. настоящих Правил;

7.6.2. По соглашению сторон.

7.6.3. Иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.7. При расторжении Договора страхования жизни, предусматривающего дожитие Застрахованного лица до определенного возраста или срока, либо наступления иного события, Страхователю возвращается выкупная сумма, определённая в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва на день прекращения Договора страхования.

При заключении Договора страхования по соглашению сторон может быть предусмотрен срок (с начала действия Договора), в течение которого выкупная сумма не выплачивается (не более двух лет).

При изменении условий Договора страхования по соглашению сторон может быть предусмотрен срок (с момента внесения изменений в Договор), в течение которого выкупная сумма не выплачивается (не более одного года).

По соглашению сторон Страхователь может возобновить досрочно прекращенный Договор страхования на установленных Страховщиком условиях.

Размер выкупной суммы и порядок ее расчета устанавливается в Договоре страхования по соглашению сторон.

7.8. Выкупная сумма, если иное не предусмотрено Условиями страхования, являющимся приложением к настоящим Правилам определяется в проценте от сформированного в установленном порядке страхового резерва по страхованию жизни. Расчет страховых резервов по страхованию жизни производится Страховщиком в соответствии с Положением о формировании страховых резервов по страхованию жизни, разработанным на основании Закона РФ «Об организации страхового дела» и на основании других нормативных актов. К Договору страхования прикладывается Таблица выкупных сумм на каждый полисный год действия Договора, в которой приведены минимальные размеры выкупных сумм. Размер выкупных сумм, рассчитан при условии своевременной уплаты

Страхователем страховых взносов и при обязательной уплате страховых взносов на начала соответствующих полисных годов, в который происходит расторжение Договора страхования.

В случае наличия задолженности Страхователя по уплате страховых взносов на дату досрочного прекращения Договора страхования Страховщик уменьшает размер выкупной суммы на размер задолженности Страхователя по уплате страховых взносов.

7.9. При расторжении Договора страхования для получения выкупной суммы Страхователь должен представить:

письменное заявление о досрочном прекращении Договора (по форме, утвержденной Страховщиком и размещенной на официальном сайте Страховщика);

документ, удостоверяющий личность Страхователя/ заявителя, или его копию;

Договор страхования (страховой полис);

полные банковские реквизиты и номер счета для перечисления страховой выплаты.

7.10. Выплата выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения последнего из запрошенных Страховщиком документов.

7.11. Выкупная сумма, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату досрочного прекращения Договора страхования.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **8.1. Страхователь имеет право:**

8.1.1. Получить дубликат Договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

8.1.2. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

8.1.3. Назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами в пункте 6.9. и действующим законодательством;

8.1.4. Досрочно расторгнуть Договор страхования. Расторжение Договора страхования по инициативе Страхователя осуществляется Страховщиком на основании письменного уведомления Страхователя установленной формы без оформления сторонами соглашения о расторжении Договора страхования. При этом Договор страхования считается расторгнутым с даты расторжения, указанной в письменном уведомлении, но не ранее даты поступления данного заявления Страховщику;

8.1.5. Вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования (п. 5.2 настоящих Правил);

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

### **8.2. Страхователь обязан:**

8.2.1. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

8.2.2. При заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю

необходимую информацию о своей (Застрахованного) жизни, деятельности и состоянии здоровья, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

8.2.3. Незамедлительно в письменном виде сообщать Страховщику обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении договора страхования, в том числе о перемене места жительства и/или места работы Застрахованных, банковских реквизитах;

8.2.4. В течение 30 (тридцати) календарных дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

8.2.6. Исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

### **8.3. Страховщик имеет право:**

8.3.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.3.2. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованным) требований Договора страхования и положений настоящих Правил;

8.3.3. В случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, оспаривать действительность Договора страхования в случае нарушения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным) положений настоящих Правил;

8.3.4. Для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину страхового случая;

8.3.5. Отсрочить страховую выплату до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем;

8.3.6. Отсрочить решение о страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления события уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

8.3.7. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования.

### **8.4. Страховщик обязан:**

8.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора страхования;

8.4.2. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях в связи с заключением и исполнением Договора страхования;

8.4.3. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения о страховой выплате (составления страхового акта). Решение о страховой выплате принимается

Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, указанных в пункте 10.2 настоящих Правил, а также любых иных письменных документов, запрошенных Страховщиком и устанавливающих факт наступления и причину страхового случая, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

#### **8. 5. Застрахованное лицо имеет право:**

8.5.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования;

8.5.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8.5.3. по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховому риску, указанным в п.п. 3.2.2., 3.2.3. настоящих Правил страхования:

8.5.3.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программы ДМС, указанной в договоре страхования);

8.5.3.2. сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских услуг.

**8.6. Застрахованное лицо обязано** по договору страхования, предусматривающим страхование по страховому риску, указанным в п.п. 3.2.2., 3.2.3. настоящих Правил страхования:

8.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования;

8.6.2. обратиться к Страховщику, ассистанскую или в медицинскую организацию в порядке, указанном в настоящих Правилах страхования и/или в договоре страхования (в том числе, в Программе ДМС) в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

### **9. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь или Застрахованный обязаны незамедлительно, как только это станет им известно, сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования (Страховом полисе) и в переданных Страхователю настоящих Правилах. Обо всех значительных изменениях Страхователь или Застрахованный обязаны незамедлительно сообщить в письменной форме (уведомление) в день, когда им стало известно об этом, с приложением документов, подтверждающих эти изменения.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, приводящих к увеличению страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

9.3. Если Страхователь или Застрахованный возражают против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе

потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с действующим законодательством РФ.

## **10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

10.1. Страховая выплата – денежная сумма, в пределах установленной Договором страхования страховой суммы, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования должен выплатить Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам при наступлении предусмотренного Договором страхования страхового случая.

10.2. Для решения вопроса, о признании наступившего с Застрахованным события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель, наследники) должен представить Страховщику письменное заявление установленной формы с указанием обстоятельств, при которых данное событие произошло, Договор страхования (страховой полис), документ, удостоверяющий личность заявителя. Кроме перечисленных документов, для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены (если Договором не предусмотрено иное) следующие документы:

10.2.1. в связи со случаями, предусмотренными в п. 3.2.1 настоящих Правил:

По риску «Смерть Застрахованного»:

- Оригинал заявления о страховой выплате с указанием банковских реквизитов по установленной Страховщиком форме, подписанного Выгодоприобретателем, в случае нескольких Выгодоприобретателей – заявление должно быть предоставлено от каждого из Выгодоприобретателей

- Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя

- Нотариально-заверенная копия Свидетельства о смерти Застрахованного лица

- Оригинал или нотариально-заверенная копия медицинского документа, содержащего причину смерти- Справка о смерти с указанием причины смерти/ Медицинское свидетельство о смерти (форма 106/у-98)/ Заключение судебно-медицинской экспертизы или Акт патологоанатомического исследования трупа/ Посмертный эпикриз

- Оригинал либо копия, заверенная нотариально или выдавшим органом документов из учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы

- Документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови, копия водительских прав с двух сторон, если Застрахованный на момент ДТП являлся водителем

- Заявление о назначении Выгодоприобретателя по Договору страхования, если Выгодоприобретатель был назначен/ Оригинал или нотариально заверенная копия свидетельства о праве на наследство по договору страхования, подтверждающее право Наследника (-ов) на получение страховой выплаты

10.3. Размер выплат при наступлении страхового случая составляет:

10.3.1. По риску, предусмотренному п. 3.2.1. Правил страхования - 100%



уплаченных взносов;

10.4. Если страховой случай наступил до уплаты очередных страховых взносов, Страховщик имеет право вычесть сумму непоплаченных страховых взносов из размера страховой выплаты, подлежащей выплате.

10.5. Общая сумма выплат по Договору страхования с ответственностью по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным и предусмотренным Договором страхования, не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором в отношении этого Застрахованного по всем страховым событиям.

10.6. Если Выгодоприобретатель признан судом виновным в смерти Страхователя (Застрахованного), страховая выплата производится в соответствии с законодательством Российской Федерации наследникам Застрахованного.

10.7. Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить страховую выплату по Договору страхования, то выплата осуществляется наследникам Выгодоприобретателя.

10.8. Решение о страховой выплате (составление и утверждение страхового акта) или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, указанных в пункте 10.2 настоящих Правил, если иное не предусмотрено в Договоре страхования. Страховая выплата производится в срок до 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения о страховой выплате (составление и утверждение страхового акта). В случае отказа в страховой выплате Страховщик письменно сообщает заявителю о принятом решении.

10.9. Страховая выплата производится наличными денежными средствами или в безналичной форме на банковский счет Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя согласно действующему законодательству Российской Федерации.

10.10. Требования по страховой выплате могут быть предъявлены Страховщику в течение 3 (трех) лет со дня наступления страхового случая.

10.11. Страховая выплата не выплачивается в случаях, предусмотренных в разделе 4 (Исключения из страхового покрытия) настоящих Правил, а также в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

10.12. Право на получение страховых выплат принадлежит Застрахованному (за исключением случая, предусмотренного в п.10.19 настоящих Правил), если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо с письменного согласия Застрахованного. В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь должен указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя.

10.13. В случае смерти Застрахованного, если Выгодоприобретатель не назначен, Выгодоприобретателями признаются законные наследники Застрахованного.

10.14. Страховщик имеет право сократить список необходимых документов, указанных в пункте 10.2. настоящих Правил, либо истребовать у Страхователя (Выгодоприобретателя) иные дополнительные документы, если с учетом обстоятельств отсутствие у Страховщика запрашиваемых документов делает невозможным (крайне затруднительным) установление факта наступления заявленного события и/или наличия в нем признаков страхового случая, определение величины страховой

выплаты, установление права Страхователя на получение страхового возмещения, реализацию права требования к виновному лицу.

10.15. В целях организации оказания медицинских услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС, Застрахованное лицо должно в порядке, указанном в Правилах страхования и/или в договоре страхования (в том числе, в соответствующей Программе ДМС, указанной в договоре страхования) обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае, ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС).

10.16. По медицинскому страхованию в целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, указанной в договоре страхования, Застрахованное лицо должно:

10.16.1. обратиться в медицинскую, сервисную или иную, предусмотренную договором страхования или Программой ДМС организацию и сообщить информацию о необходимых медицинских услугах и о расстройстве здоровья (в т.ч. поставленном диагнозе) или состоянии Застрахованного лица, потребовавшем организации и оказания ему таких услуг;

10.16.2. предоставить документ, удостоверяющий личность и сообщить номер и дату договора страхования.

10.17. Страховые выплаты по страховому риску, указанному в п. 3.2.2. – 3.2.3. настоящих Правил страхования определяются и осуществляются в следующем порядке:

10.17.1. Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу. Организация и оказание медицинских услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением медицинских, сервисных и иных организаций с оплатой таким организациям, организованных и оказанных ими медицинских услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, на основании документов, предоставленных такими организациями: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских услуг, актов выполненных работ (услуг) иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

10.17.2. Медицинские услуги, предусмотренные Программой ДМС, указанной в договоре страхования, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качество таких услуг.

10.17.3. Страховщик самостоятельно производит оплату медицинских и иных услуг, оказанных в объеме и в сроки, предусмотренные договором страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в договоре страхования) до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования (до даты досрочного

прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения).

10.17.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или стоимостью самих услуг, и не может превышать страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску.

10.17.5. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, указанной в договоре страхования, медицинским организациям, организовывающим и оказывающим такие услуги в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с медицинскими, сервисными и иными организациями, привлекаемыми Страховщиком для оказания медицинских услуг Застрахованному лицу.

## **11. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ**

11.1. Не являются страховыми случаи (Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения полностью или частично) события, наступившие и/или заявленные при наличии следующих обстоятельств:

11.1.1. Предоставления Страхователем Страховщику заведомо ложной информации (в том числе, об обстоятельствах события, имеющего признаки страхового случая), сведений и документов;

11.1.2. Умышленных действий Страхователя и/или Застрахованного (Выгодоприобретателя) либо лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая.

11.1.3. Наступления события, имеющего признаки страхового случая, до вступления Договора страхования в силу;

11.1.4. Наступление событий, предусмотренных в разделе 4 (Исключения из страхового покрытия), а также в других случаях, предусмотренных Договором страхования и законодательством Российской Федерации.

11.1.5. В случае невыполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, если невыполнение Страхователем (Застрахованным) соответствующих обязанностей сказалось на обязанности Страховщика осуществить выплату страхового возмещения.

11.1.6. Обращения за оказанием медицинских услуг, не предусмотренных в Программе ДМС.

11.2. Решение об отказе в выплате страхового возмещения принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) и/или Выгодоприобретателю, наследникам, в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 10-ти (десяти) рабочих дней с момента получения от Страхователя и/или Застрахованного, Выгодоприобретателя, наследников всех документов по произошедшему событию, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами.

11.3. Условиями Договора страхования могут быть предусмотрены другие основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

## 12. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

12.1. Страхователь – физическое лицо вправе в любое время отказаться от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения («период охлаждения») независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

12.1.1. Уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в следующем порядке и размере:

- Если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, указанный в п. 12.1. настоящих Правил, и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме.

- Если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, указанный в п. 12.1. настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

12.1.2. Возврат Страхователю страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя денежными средствами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

12.1.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по дополнительному соглашению Сторон, но не позднее срока, указанного в п. 12.1. настоящих Правил.

12.1.4. При отказе Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (по истечении «периода охлаждения») Страхователю будет возвращена выкупная сумма в размере определенной доли от уплаченной премии на дату расторжения в зависимости от срока, оставшегося до окончания действия Договора страхования.

12.2. Если в Договоре страхования не указана дата утверждения Правил страхования, то считается, что Договор страхования заключен на основании редакции Правил страхования, действующей в компании на дату заключения Договора страхования.

12.3. Правила страхования размещены на официальном сайте Страховщика. Если при заключении Договора страхования Страхователю не была выдана копия Правил страхования, считается, что Страхователь ознакомлен с Правилами страхования, размещенными на официальном сайте Страховщика.

12.4. При заключении Договора страхования на основании настоящих Правил считается допустимым использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченных представителей, оттисков печатей Сторон при заключении и исполнении настоящего Договора. Стороны признают обмен сканированными копиями документов (договора, дополнений, соглашений, заявлений и т.д.) с использованием электронной почты в качестве юридически значимых сообщений. При этом обмен сканированными копиями документов осуществляется только через адреса электронной почты Сторон, указанные в Договоре страхования.

12.5. Страхователь, заключая Договор страхования на условиях настоящих Правил, выражает свое согласие ООО СК БКС «Страхование жизни» на обработку персональных данных Страхователя, а также Застрахованного / Застрахованных, являясь для этих целей представителем указанного(-ых) лиц(-а), полномочным давать такое согласие, в соответствии с ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных» в течение всего срока действия Договора страхования, а также в течение срока архивного хранения Договора страхования Страховщиком. В целях настоящих Правил под персональными понимаются данные, указанные в Договоре страхования и иных документах, полученных Страховщиком, равно как и полученные Страховщиком в ходе его исполнения, которые в дальнейшем могут обрабатываться Страховщиком и/или привлеченными им третьими лицами с использованием средств автоматизации или без использования таких средств посредством: сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространения, предоставления, доступа), в том числе трансграничной передачи, обезличивания, блокирования, удаления и уничтожения. Согласие дается на обработку персональных данных в целях исполнения Договора страхования, информационного сопровождения, в том числе информирования об услугах Страховщика, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях с применением СМС-сообщений, электронной почты и иных доступных способов связи. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

### **13. ФОРС-МАЖОР**

13.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договору страхования или освобождается от их выполнения.

13.2. В случае изменения государством Конституции и/или гражданского законодательства правоотношения по Договору страхования с момента вступления этих изменений в законную силу подлежат приведению в соответствие с новым законодательством. Однако в отношении конкретных событий, возникших до изменения законодательства, применяется закон, действовавший в момент их возникновения.

### **14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

14.1. Споры и/или разногласия, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров с обязательным направлением надлежащим образом оформленной письменной претензии. При получении претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования срок направления ответа на претензию:

- составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления (претензии) Страховщиком, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме в соответствии с критериями и в порядке, предусмотренном Федеральным законом № 123-ФЗ от 04.06.2018 «Об уполномоченном по правам

потребителей финансовых услуг»;

- во всех остальных случаях: не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения другой Стороной Договора страхования.

В случае если спор и/или разногласия не разрешились путем переговоров в претензионном порядке, то возникшие споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 4 июня 2018 г. N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, имеет право обратиться к финансовому уполномоченному.

14.2. При решении спорных вопросов положения Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам, если при заключении Договора Страхователь и Страховщик договорились об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении Правил в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

14.3. Право на предъявление требования к Страховщику о страховой выплате погашается истечением установленного законодательством срока исковой давности.



**ОБРАЗЕЦ 1**  
**ФОРМА**  
**ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ «\_\_\_\_\_»**

№ \_\_\_\_\_ дата заключения \_\_\_\_\_

**Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни»**, в лице Генерального директора \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Страховщик», с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Страхователь» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий Договор страхования о нижеследующем:

**1. СТРАХОВЩИК**

1.1. Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни», действующее в соответствии с лицензией на осуществление страхования от 01.11.2018 СЛ № 4365, выданной Банком России без ограничения срока действия, обязующееся за плату, уплачиваемую Страхователем, выплатить единовременно обусловленную договора сумму (страховую сумму) Застрахованному лицу или иному лицу, в случае причинения вреда жизни Застрахованному лицу, по страховым случаям, указанным в настоящем Договоре страхования жизни (далее – Договор страхования), произошедшим в период действия Договора страхования.

1.2. Адрес места нахождения (офис): 129110, Российская Федерация, г.Москва, Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком.1, тел.: + 7 (495) 745-50-21; 8 800-500-50-21 сайт: <http://bcslife.ru>.

Банковские реквизиты: р/с № 40701810000000000001 в АО «БКС Банк» г. Москва БИК 044525631, к/с 30101810145250000631 ИНН 7702427967 КПП 770201001.

**2. СТРАХОВАТЕЛЬ**

Фамилия Имя Отчество:

Дата рождения:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

Наименование

Адрес места жительства (регистрации):

Телефон(ы):

Электронная почта:

**3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО**

Фамилия Имя Отчество:

Дата рождения:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

Наименование

Адрес места жительства (регистрации):

Телефон(ы):

Электронная почта:

**4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

**5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ/РИСКИ И РАЗМЕР СТРАХОВЫХ СУММ**

Страховые случаи/риски	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб
5.1. Дожитие либо Смерть в результате любой причины с возвратом уплаченных взносов (п. 8.1. Условий страхования по Программе «ФОНД ЗДОРОВЬЯ» - Приложение № 1 к настоящему Договору страхования» - далее «Условия страхования»).		
5.2. Лечение при диагностировании критического заболевания (п. 8.2. Условий страхования). Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание услуг и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) при обращении Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг: при заболеваниях и состояниях не предусмотренных Программой ДМС и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования.		

<p>5.3. Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап») (п. 8.3 Условий страхования). Периодичность оказания медицинских услуг «Чек -ап» – не более 1 раза в 2 года.</p>			
<p><b>Итого размер страховой премии:</b></p>			
<p>5.4. Основаниями для отказа в выплате страховой суммы являются: - произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям на случай наступления которых был заключен настоящий договор страхования; - Страховщик освобождён от страховой выплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации; - событие произошло не в течение срок действия настоящего договора страхования; - обращения за оказанием медицинских услуг не предусмотрено в Программе медицинского обслуживания - Приложение № 2 к настоящему Договору страхования (далее - Программе ДМС); - по иным основаниям, предусмотренным Условиями страхования - Приложение № 1 к настоящему Договору страхования.</p>			
<p><b>6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ</b></p>			
<p>6.1. Срок действия договора страхования: 6.2. Дата начала срока страхования: с 00 часов 00 минут _____ (при условии оплаты страховой премии в установленные настоящим Договором сроки). 6.3. Дата окончания срока страхования: до 24 часов 00 минут _____. 6.4. Период ожидания (временная франшиза) - период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, предусмотренного программой ДМС, в течение которого произошедшее событие не является страховым случаем. Период ожидания (временная франшиза) по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» и по риску «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап») составляет 90 дней.</p>			
<p><b>7. РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ</b></p>			
<p><b>Срок уплаты (не позднее)</b></p>	<p><b>Периодичность</b></p>		
<p><b>8. ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ (ПРЕКРАЩЕНИЕ) ДОГОВОРА</b></p>			
<p>8.1. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования, уведомив об этом Страховщика в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, путём направления Страховщику письменного заявления с указанием в нём банковских реквизитов для перечисления страховой премии и приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии договора страхования жизни. Уплаченная Страхователем страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объёме, а Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты его заключения. 8.2. Договор может быть досрочно расторгнут по письменному заявлению Страхователя. В этом случае Страхователю будет возвращена выкупная сумма в размере определенной доли от страховой суммы по риску Дожитие в зависимости от срока, оставшегося до окончания действия Договора страхования. 8.3. Размер выкупной суммы (% от страховой суммы по риску Дожитие):</p>			
<p><b>Год страхования</b></p>	<p><b>Период действия Договора</b></p>		<p><b>Выкупная сумма</b></p>
	<p><b>начало</b></p>	<p><b>окончание</b></p>	<p><b>%</b></p>
<p><b>9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА</b></p>			
<p><b>Застрахованное лицо:</b> <b>ФИО:</b></p>	<p>Подпись: √ _____</p>		
<p><b>10. ПОДПИСИ СТОРОН:</b></p>			
<p><b>Страховщик:</b> Генеральный директор А.В. Дроздов</p>	<p><b>Страхователь:</b>  Подпись: √ _____</p>		



<b>Приложение № 1 к Договору страхования по программе «ФОНД ЗДОРОВЬЯ»</b>	
№ _____ от _____	
<b>УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ «ФОНД ЗДОРОВЬЯ»</b>	
Условия Договора страхования, разработанные ООО СК «БКС Страхование жизни» (выписка из Правил комбинированного страхования № 2 в редакции, утвержденной Приказом Генерального директора ООО СК «БКС Страхование жизни» от 25.12.2020 № 2020_147)	
1. Страховщик	ООО СК «БКС Страхование жизни»
2. Страхователь	Физическое или юридическое лицо, заключившее Договор страхования в свою пользу или в пользу третьего лица. Фактический возраст Страхователя - физического лица не должен быть менее 18 лет на момент заключения Договора страхования.
3. Застрахованное лицо	Физическое лицо, в пользу которого заключается Договор страхования. Если Страхователь заключил Договор страхования в свою пользу, то он является Застрахованным лицом. Фактический возраст Застрахованного лица не должен быть менее 18 лет и не более 55 лет (округление возраста вниз до ближайшего целого значения) на момент заключения Договора страхования
4. Выгодоприобретатель	Физическое или юридическое лицо, назначенное в качестве получателя страховой выплаты на случай смерти Застрахованного лица или наследник Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации
5. Срок страхования	7 лет
6. Ограничение по приёму на страхование	<p>6.1. Не подлежат страхованию и не являются застрахованными следующие лица:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- являющиеся или являвшиеся когда-либо ранее даты заключения договора страхования инвалидами I, II группы, относящихся или относившихся когда-либо ранее даты заключения договора страхования к категории «ребенок-инвалид», имеющие основание для присвоения инвалидности, направившие медицинские документы на рассмотрение в органы медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности;</li> <li>- страдающие нервно-психическими заболеваниями;</li> <li>- страдающие алкоголизмом, наркоманией;</li> <li>- страдающие СПИД, ВИЧ-инфицированные;</li> <li>- находящиеся в местах лишения свободы;</li> <li>- страдающие эпилепсией;</li> <li>- лица старше 55 лет на момент заключения Договора страхования.</li> </ul> <p>6.2. Если договор страхования заключен с лицом, попадающим под любую из категорий, перечисленных в настоящем разделе, то договор страхования признаётся недействительным в отношении этого лица с момента начала его страхования.</p>
7. Валюта договора	Рубль РФ.
8. Страховые риски / страховые случаи	<p>Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).</p> <p>Страховыми случаями являются следующие события, произошедшие с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, кроме случаев, предусмотренных в разделе «События, не являющиеся страховым случаем» настоящих Условий страхования:</p> <p>8.1. Дожитие либо Смерть Застрахованного лица в результате любой причины с возвратом уплаченных взносов, произошедшей с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые не являются страховыми случаями в соответствии с разделом «События, не являющиеся страховым случаем» (далее страховой риск / страховой случай «Дожитие/Смерть в результате любой причины с возвратом уплаченных взносов»).</p> <p>8.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (далее страховой риск / страховой случай «Лечение при диагностировании критического заболевания»).</p> <p>Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Условиями страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации</p>

	<p>оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (далее страховой риск / страховой случай «Лечение при диагностировании критического заболевания»).</p> <p>8.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (далее страховой риск / страховой случай «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап»)).</p> <p>Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Условиями страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.</p>
9. Для целей Программы страхования используются следующие определения	<p>Период ожидания (временная франшиза) - период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, предусмотренного программой ДМС, в течение которого произошедшее событие не является страховым случаем. Устанавливается в Договоре страхования, Программе ДМС 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 после окончания периода ожидания (т.е. с учетом временной франшизы). Период ожидания по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» и по риску «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап») составляет 90 дней с момента вступления Договора страхования в силу/ начала срока страхования.</p>
10. Страховая сумма	<p>Страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.</p>
11. Страховая выплата	<p>11.1. При наступлении с Застрахованным лицом страхового случая, указанного в п. 8.1. настоящих Условий страхования размер страховой выплаты по риску «Дожитие» составляет 100% страховой суммы указанной в п.5.1. Договора страхования; по риску «Смерть в результате любой причины с возвратом уплаченных взносов» размер страховой выплаты составляет 100% возврат уплаченных взносов по Договору страхования. После осуществления страховой выплаты по любому из рисков указанных в п. 8.1. Условий страхования, обязательства Страховщика по договору страхования считаются выполненными в полном объеме и договор страхования прекращает свое действие, если иное не предусмотрено соглашением сторон.</p> <p>11.2. Страховые выплаты по страховому риску, указанному в п. 8.2-8.3. Настоящих условий страхования определяются и осуществляются в следующем порядке:</p> <p>11.3.1. Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу. Организация и оказание медицинских услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением медицинских организаций с оплатой таким медицинским организациям, организованных и оказанных ими медицинских услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, на основании документов, предоставленных такими организациями: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских услуг, актов выполненных работ (услуг) иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.</p> <p>11.3.2. Медицинские услуги, предусмотренные Программой ДМС, указанной в договоре страхования, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качество таких услуг.</p> <p>11.3.3. Страховщик самостоятельно производит оплату медицинских услуг в объеме и сроки, предусмотренные договором страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в договоре страхования) до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения).</p> <p>Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или стоимостью самих услуг, и не может превышать страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску.</p> <p>11.3.4. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, указанной в договоре страхования, непосредственно медицинским организациям, организовывающим и оказывающим такие услуги в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для оказания медицинских услуг Застрахованному лицу.</p> <p>11.3.5. Общая сумма выплат по страховому случаю (страховым случаям), включенным в ответственность по договору страхования, и наступившему (наступивших) с Застрахованным лицом, не может превышать страховой суммы, установленной для него в договоре страхования на день страхового случая.</p>

12. Периодичность и порядок уплаты страховой премии	Уплата страховой премии осуществляется одновременно, либо (в рассрочку) ежегодно.
13. Вступление Договора страхования в силу	Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования. Если в течение 1 (одного) календарного дня с момента заключения Договора страхования страховая премия не была уплачена или была уплачена не полностью, Договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившая на счет Страховщика сумма возвращается плательщику.
14. Досрочное расторжение Договора страхования	<p>14.1. Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования, уведомив об этом Страховщика в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, путём направления Страховщику письменного заявления с указанием в нём банковских реквизитов для перечисления страховой премии и приложением копии паспорта Страхователя и оригинала или копии договора страхования жизни. Уплаченная Страхователем страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объёме, а Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты его заключения.</p> <p>14.2. Договор страхования может быть досрочно расторгнут по письменному заявлению Страхователя. В этом случае по нему будет возвращена выкупная сумма в определенном проценте от страховой суммы по риску Дожитие, в зависимости от оставшегося до окончания срока страхования.</p> <p>14.3. Неуплата Страхователем очередного взноса в установленный в договоре срок, рассматривается Сторонами, как досрочный отказ Страхователя от договора страхования (п.2 ст.958 ГК РФ), если договором не предусмотрено иное или если стороны не заключили письменное соглашение об отсрочке уплаты очередного взноса до наступления срока платежа. В этом случае Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении договора страхования с 00 ч. 00 мин. дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как день оплаты очередного страхового взноса. При этом в случае поступления на расчетный счет Страховщика денежных средств в счет оплаты очередного страхового взноса (или его части, если оплата взноса была произведена не в полном объеме), оплата которого была просрочена, указанные денежные средства считаются оплаченными ошибочно и подлежат возврату лицу, оплатившему страховой взнос.</p>
15. Время и территория страхования	В любое время суток и в любой точке мира, за исключением территорий, на которых объявлено чрезвычайное положение или проводятся боевые действия (в том числе осуществляются операции против террористов, различных вооружённых формирований).
16. События, не являющиеся страховым случаем	<p>16.1. Не являются страховыми случаями события по страховому риску, указанному в п.п. 8.1. настоящих Условий страхования, произошедшие в результате следующих событий (если иное не предусмотрено Договором страхования):</p> <p>16.1.1. самоубийства или покушения Застрахованного на самоубийство в первые 2 (два) года действия договора страхования в отношении Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;</p> <p>16.1.2. участия Застрахованного в народных волнениях, забастовках, нарушениях общественного порядка, террористических актах на стороне, явившейся инициатором вышеуказанных событий, военных действий, если война официально объявлена;</p> <p>16.1.3. ядерного взрыва, радиоактивного заражения, воздействия радиации или ионизирующего излучения;</p> <p>16.1.4. умышленных действий Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на наступление страхового случая;</p> <p>16.1.5. совершения Застрахованным преступления (уголовного преступления).</p> <p>16.2. Исключения по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» (п.8.2. настоящих Условий страхования):</p> <p>16.2.1. Не подлежат оплате следующие услуги:</p> <p>16.2.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в программах Страхования.</p> <p>16.2.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных программой Страхования.</p> <p>16.2.1.3. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.</p> <p>16.2.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные программой Страхования;</p> <p>16.2.1.5. психиририя;</p> <p>16.2.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;</p> <p>16.2.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.</p> <p>16.2.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:</p> <p>16.2.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена программой добровольного медицинского страхования;</p> <p>16.2.1.8.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;</p> <p>16.2.1.8.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;</p> <p>16.2.1.8.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;</p>

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

16.2.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;

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

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

16.2.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:  
 Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:

16.2.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;

16.2.2.2. предусмотренных программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных программой;

16.2.2.3. не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;

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

16.2.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

16.2.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

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

16.2.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

16.2.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

16.2.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;

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

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

16.2.2.13. не предусмотренных программой ДМС;

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

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

16.2.2.16. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования., если лечение, предусмотренное программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;

16.2.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в программе ДМС или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

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

16.2.2.19. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

<p>17.Перечень документов и порядок осуществления страховой выплаты</p>	<p>При обращении за страховой выплатой по событию, имеющему признаки страхового случая, Страховщику должны быть представлены следующие документы (указанный перечень может быть сокращён по усмотрению Страховщика):</p> <p>17.1.1. По риску «Дожитие»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оригинал заявления о страховой выплате с указанием банковских реквизитов по установленной Страховщиком форме, подписанного Выгодоприобретателем,</li> <li>- Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя,</li> <li>- копия Договора страхования.</li> </ul> <p>17.1.2. По риску «Смерть в результате любой причины»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оригинал заявления о страховой выплате с указанием банковских реквизитов по установленной Страховщиком форме, подписанного Выгодоприобретателем, в случае нескольких Выгодоприобретателей – заявление должно быть предоставлено от каждого из Выгодоприобретателей</li> <li>- Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя</li> <li>- Нотариально-заверенная копия Свидетельства о смерти Застрахованного лица</li> <li>- Оригинал или нотариально-заверенная копия медицинского документа, содержащего причину смерти- Справка о смерти с указанием причины смерти/ Медицинское свидетельство о смерти (форма 106/у-98)/ Заключение судебно-медицинской экспертизы или Акт патологоанатомического исследования трупа/ Посмертный эпикриз</li> <li>- Оригинал либо копия, заверенная нотариально или выдавшим органом документов из учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы</li> <li>- Документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови, копия водительских прав с двух сторон, если Застрахованный на момент ДТП являлся водителем</li> <li>- Заявление о назначении Выгодоприобретателя по Договору страхования, если Выгодоприобретатель был назначен/ Оригинал или нотариально заверенная копия свидетельства о праве на наследство по договору страхования, подтверждающее право Наследника (-ов) на получение страховой выплаты.</li> </ul> <p>17.2. Наследники Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставляют помимо вышеуказанных документов свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом.</p> <p>17.3. Решение о страховой выплате (составление и утверждение страхового акта) или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, указанных в пункте в настоящем разделе по соответствующему страховому риску, если иное не предусмотрено в Договоре страхования. Страховая выплата производится в срок до 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения о страховой выплате (составление и утверждение страхового акта). В случае отказа в страховой выплате Страховщик письменно сообщает заявителю о принятом решении.</p> <p>17.4. Страховая выплата производится наличными денежными средствами или в безналичной форме на банковский счет Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя согласно действующему законодательству Российской Федерации.</p>
<p>18. Иные условия</p>	<p>18.1. Создание и отправка Страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (заявления о заключении, изменении, досрочном прекращении договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения, изменения, досрочного прекращения договора страхования, для получения страховой выплаты в случаях и в порядке, которые предусмотрены Правилами страхования, могут осуществляться с использованием официальных сайтов страховщика, страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" или мобильных приложений страховщика, страхового агента, страхового брокера, осуществляющих автоматизированное создание и отставку информации в информационную систему страховщика. При этом официальный сайт, мобильное приложение Страховщика могут использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.</p> <p>18.2. Доступ к официальному сайту, мобильному приложению Страховщика для совершения действий, предусмотренных в настоящем разделе, может осуществляться Страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) с использованием единой системы идентификации и аутентификации.</p> <p>18.3. В целях оформления Договора страхования информация, сведения и документы, могут направляться в электронной форме с использованием электронных средств связи. Информация в электронной форме, отправленная Страхователем и подписанная простой электронной подписью Страхователя (застрахованного лица, выгодоприобретателя) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи", признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица, если Правилами страхования не предусмотрено иное.</p>
<p>19.Порядок разрешения споров.</p>	<p>19.1. Споры и/или разногласия, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров с обязательным направлением надлежащим образом оформленной письменной претензии. При получении претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования срок направления ответа на претензию:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления (претензии) Страховщиком, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме в соответствии с критериями и в порядке, предусмотренном Федеральным законом № 123-ФЗ от 04.06.2018 «Об уполномоченном по правам</li> </ul>

потребителей финансовых услуг»;  
- во всех остальных случаях: не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения другой Стороной Договора страхования.  
19.2. В случае если спор и/или разногласия не разрешились путем переговоров в претензионном порядке, то возникшие споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.  
19.3. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 4 июня 2018 г. N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, имеет право обратиться к финансовому уполномоченному.

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

**Страховщик:**

Генеральный директор А.В. Дроздов

**Страхователь:**

Подпись: √ \_\_\_\_\_

<b>Приложение № 2 к Договору страхования по программе «ФОНД ЗДОРОВЬЯ»</b>				
№ _____ от _____				
<b>Программы медицинского обслуживания (Программа ДМС) «Онко+»</b>				
<b>Застрахованное лицо</b>	Фамилия Имя Отчество:			
<b>Адрес регистрации</b>				
<b>Паспорт</b>	Серия		№	
	Дата выдачи		Кем выдан	
<b>1. УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ ДМС «Онко+»:</b>				
<b>Страховая Программа «Онко+»</b>				
<b>Объем услуг, предоставляемых в рамках Программы</b>				
<p>Описание программы. Программа включает в себя следующие виды услуг:</p> <p>I. «Лечение при диагностировании критического заболевания»*. *«Лечение при диагностировании критического заболевания», включает в себя следующие услуги: Лечение по рискам «Злокачественные новообразования», "Кардиохирургия" и "Нейрохирургия".</p> <p>II. «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап»).</p>				
<b>1. Страховое обращение</b>				
<p>Обращение застрахованного лица, страховая премия которого была уплачена, и который подтвердил декларацию о состоянии здоровья, в течение срока действия договора страхования с уведомлением в сервисный центр страховщика на организацию медицинских и других услуги, предусмотренные страховой программой, в связи с покрываемым страховым случаем (как определено ниже) в первый раз в течение периода страхования.</p> <p>Под периодом страхования понимается период договора страхования, за который оплачена страховая премия (страховой взнос) (т.е. равный 1 (одному) году при периодической/ ежегодной оплате страховой премии (страхового взноса), либо равный сроку страхования - при единовременной оплате страховой премии).</p>				
<b>2. Застрахованное лицо</b>				
<p>Застрахованным лицом по настоящей программе является лицо в возрасте от 18 (восемнадцати) и не более 55 (пятидесяти пяти) лет на дату заключения договора страхования.</p> <p>Возраст будет рассчитываться как разница между датой рождения застрахованного лица и датой начала действия договора. Во избежание каких-либо противоречий, эта разница должна быть округлена следующим образом: 45,5 должно быть округленно до 46, а 45,4 до 45.</p>				
<b>3. Премия, Действие страхования, Временная франшиза (период ожидания)</b>				
<p>Срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год с возможностью ежегодного продления при условии своевременной оплаты страховой премии (очередного взноса) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования. При условии непрерывного действия Договора страхования, период ожидания на следующий страховой год не применяется.</p>				
<b>3.1. Период ожидания</b>				
<p>Страхование по рискам «Злокачественные новообразования», "Кардиохирургия" и "Нейрохирургия", вступает в силу по истечении периода ожидания 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.</p> <p>Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.</p>				
<b>3.2. При непрерывной пролонгации договора страхования без изменения застрахованного лица период ожидания не применяется.</b>				
<b>3.3. Размер страховой премии при пролонгации договора страхования на новый календарный год может быть пересмотрен Страховщиком.</b>				
<b>3.4. В случае истечения срока действия страховой программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страховой программы. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия страховой программы, страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страховой программы.</b>				
<b>4. Страховая сумма</b>				
<p>Общий Годовой лимит ответственности страховщика по данной программе по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» (в риск включено лечение по рискам «Злокачественные новообразования», "Кардиохирургия" и "Нейрохирургия") – 9 000 000, 00 (девять миллионов) руб.</p> <p>Страховая сумма (страховой лимит) по настоящей программе по указанным рискам является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия программы страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного страховщиком в период действия программы страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по программе страхования считаются исполненными в части соответствующего риска по настоящей страховой</p>				

<p>программе.</p> <p><b>5. Территория</b></p> <p>5.1. Территория действия страхования – Российская Федерация</p> <p>5.2. Территория оказания услуг: при организации лечения – Российская Федерация. Если лечение невозможно осуществить в Российской Федерации, то лечение может быть предоставлено в Израиле, Южной Корее, В Европе, за исключением Швейцарии.</p>
<p><b>6. Риски, покрываемые настоящей программой страхования.</b></p> <p><b>6.1. Злокачественные новообразования</b></p> <p>Под Злокачественным новообразованием понимается любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами.</p> <p><b>Исключаются из страхового покрытия:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.</li> <li>Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.</li> <li>Заболевания кожи следующих типов: <ol style="list-style-type: none"> <li>Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;</li> <li>Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.</li> </ol> </li> <li>Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).</li> <li>Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона, .</li> <li>Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L).</li> </ol> <p><b>6.1.1. Страховое событие</b></p> <p>Потребность в лечении злокачественного новообразования, как определено в статье 6.1., которое было впервые диагностировано или о котором стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования.</p>
<p><b>6.2. Операции на сердце / Кардиохирургия</b></p> <p>- операции, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путем обхода участка уменьшения (блокировки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью шунтирующих шунтов (шунтов); заменить или лечить один или несколько клапанов сердца; ангиопластика, стентирование, хирургическое лечение нарушений ритма сердца в соответствии с врачебной рекомендацией кардиолога. Диагноз должен быть установлен впервые в течение периода страхования и подтверждается результатами визуальных тестов. Катетеризация сердца не должна классифицироваться как операция на сердце и не охватывается настоящей программой.</p>
<p><b>6.3. Нейрохирургия / Нейрохирургическая операция</b></p> <p>- любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на мозг или другие внутричерепные структуры, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга и его мембран. Диагноз, послуживший причиной операции, должен быть установлен впервые во время периода непрерывного страхования. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травматическими травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами.</p> <p>Под хирургией понимается: это инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного. Диагноз устанавливается впервые, в течение срока действия страховой программы, и подтверждается результатами визуальных тестов, а также врачом, утвержденным страховщиком. Существует хирургическая необходимость в хирургии, и это соответствует условиям и положениям этого покрытия и его исключений.</p> <p><b>6.3.1. Страховое событие</b></p> <p>Потребность в сердечной хирургии, нейрохирургии как определено в статье 6.2. и 6.3. из-за болезни, которая была диагностирована или о которой стало известно застрахованному в первый раз в течение периода страхования.</p>
<p><b>6.4. Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)</b></p> <p>Под Медицинской диагностикой заболеваний («Чек-ап») понимается: обращение Застрахованного лица в течение оплаченного срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз (или) устраняющих их (далее страховой риск / страховой случай «Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)).</p> <p><b>Период ожидания - 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.</b></p> <p><b>Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.</b></p> <p><b>6.4.1. Страховое событие</b></p> <p>Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.</p> <p><b>Страховая сумма по 1 (одному) обращению по риску «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап») составляет 10 000 рублей.</b></p> <p><b>Территория оказания медицинских услуг «Чек-ап» – Российская федерация.</b></p> <p><b>Периодичность оказания медицинских услуг «Чек -ап» – не более 1 раза в 2 года страхового периода (в 1 год, 3 год, 5 год, 7 год периода страхования).</b></p>
<p><b>6.5. Обязательства Страховщика</b></p> <p>В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая по рискам «Злокачественные новообразования», "Плановая хирургия":</p> <p>6.5.1. В случае лечения за границей оплата билета эконом-класса для застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское</p>



учреждение, где лечение будет выполнено.

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

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

6.5.3. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

6.5.4. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

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

6.5.6 Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения

6.5.7. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая:

1) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:

- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору страховщика;
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более 1 200 000 руб. в год на один страховой случай.
- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении

## **7. Исключения из страхового покрытия**

### **7.1. В рамках страхования по настоящей программе не подлежат оплате следующие услуги:**

7.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в ст. 6 настоящей Программы Страхования.

7.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей программой.

7.1.3. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

7.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;

7.1.5. психириургия;

7.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

7.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

7.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:

7.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой добровольного медицинского страхования;

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

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

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

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

7.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;

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

7.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

### **7.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:**

Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:

7.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;

7.2.2. предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;

7.2.3. не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;

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

7.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

7.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

7.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий,

никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

7.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

7.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

7.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;

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

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

7.2.13. не предусмотренных настоящей Программой добровольного медицинского страхования;

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

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

7.2.16. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;

7.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

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

7.2.19. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

## **2. Получение услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.**

2.1. Для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования Застрахованный обращается по номеру круглосуточного колл-центра Сервисной компании (Madanes Advanced Healthcare Services Ltd) по номеру: 8-800-511-64-62 или по e-mail: claims@managedcare.ru.

2.2. При обращении по телефону оператор колл-центра:

2.2.1. идентифицирует Клиента;

2.2.2. уточняет запрос Клиента.

2.2.3. информирует Застрахованного о том, что выделенный Куратор свяжется с Застрахованным в течение не более 48 (сорока восьми) часов с уточняющей информацией;

2.2.4. передает заявку Куратору.

2.3. Куратор связывается с Застрахованным в срок не превышающий 48 часов с момента обращения Застрахованного и предоставляет информацию Застрахованному в соответствии с его запросом для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.

## **3. Согласие на обработку персональных данных.**

Застрахованный в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» дает \_\_\_\_\_ согласие на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, состоянии здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных по Медицинским услугам, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по Медицинским сервисам.

Настоящее согласие на указанные действия дано на период действия Медицинских сервисов и период обязательного хранения бухгалтерских документов (хранение на период 5 лет с момента окончания срока действия договора, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ).

Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу Сервисной компании \_\_\_\_\_ (адрес: \_\_\_\_\_), либо по адресу Страховщика.

**Застрахованное лицо:**  
**ФИО**

Подпись: ✓ \_\_\_\_\_

## **4. ПОДПИСИ СТОРОН:**

**Страховщик:**

Генеральный директор А.В. Дроздов

**Страхователь:**

Подпись: ✓ \_\_\_\_\_

**Приложение № 2 к Договору страхования по программе  
«ФОНД ЗДОРОВЬЯ»**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Программы медицинского обслуживания (Программа ДМС)  
«Оптимальная защита»**

<b>Застрахованное лицо</b>	Фамилия Имя Отчество:		
<b>Адрес регистрации</b>			
<b>Паспорт</b>	Серия		№
	Дата выдачи		Кем выдан

**1. УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ ДМС «Оптимальная защита»:**

**Программа «Оптимальная защита»**

**Объем услуг, предоставляемых в рамках Программы**

Описание программы.  
Программа включает в себя следующие виды услуг:  
I. «Лечение при диагностировании критического заболевания» \*.  
\*«Лечение при диагностировании критического заболевания», включает в себя следующие услуги: Лечение по рискам «Злокачественные новообразования», «Плановая хирургия».  
II. «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап»).

**1. Страхование обращение**

Обращение застрахованного лица, страховая премия которого была уплачена, и который подтвердил декларацию о состоянии здоровья, в течение срока действия договора страхования с уведомлением в сервисный центр страховщика на организацию медицинских и других услуг, предусмотренные настоящей программой, в связи с покрываемым страховым случаем (как определено ниже) в первый раз в течение периода страхования.

Под периодом страхования понимается период договора страхования, за который оплачена страховая премия (страховой взнос) (т.е. равный 1 (одному) году при периодической/ ежегодной оплате страховой премии (страхового взноса), либо равный сроку страхования - при единовременной оплате страховой премии).

**2. Застрахованное лицо**

Застрахованным лицом по настоящей программе является лицо в возрасте от 18 (восемнадцати) и не более 55 (пятидесяти пяти) лет на дату заключения договора страхования.

Возраст будет рассчитываться как разница между датой рождения застрахованного лица и датой начала действия договора. Во избежание каких-либо противоречий, эта разница должна быть округлена следующим образом: 45,5 должно быть округленно до 46, а 45,4 до 45.

**3. Премия, Действие страхования, Временная франшиза (период ожидания)**

Срок страхования по настоящей программе составляет 1 (один) год с возможностью ежегодного продления при условии своевременной оплаты страховой премии (очередного взноса) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования. При условии непрерывного действия Договора страхования, период ожидания на следующий страховой год не применяется.

**3.1. Период ожидания**

Страхование по рискам «Злокачественные новообразования», "Плановая хирургия", в соответствии с Приложением 1" Список покрываемых хирургических операций" к настоящей программе, вступают в силу по истечении периода ожидания 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.

Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.

3.2. При непрерывной пролонгации договора страхования без изменения застрахованного лица период ожидания не применяется.

3.3. Размер страховой премии при пролонгации договора страхования на новый календарный год может быть пересмотрен Страховщиком.

3.4. В случае истечения срока действия страховой программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страховой программы. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия страховой программы, страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страховой программы.

**4. Страховая сумма**

Общий Годовой лимит ответственности страховщика по данной программе по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» (в риск включено лечение по рискам «Злокачественные новообразования», «Плановая хирургия») – 40 000 000 рублей.

Страховая сумма (страховой лимит) по настоящей программе по указанным рискам является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия программы страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного страховщиком в период действия программы страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по программе страхования считаются исполненными в части соответствующего риска по настоящей страховой программе.

## 5. Территория

5.1. Территория действия страхования – Российская Федерация

5.2. Территория оказания услуг:

при организации лечения – Израиль, Турция, Испания, Южная Корея, Российская Федерация.

## 6. Риски, покрываемые настоящей программой страхования.

### 6.1. Злокачественные новообразования

Под Злокачественным новообразованием понимается любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами. Исключаются из страхового покрытия:

1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu (за исключением покрытия In situ до 400 000 руб.), включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.

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

3. Заболевания кожи следующих типов:

a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

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

4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).

5. Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.

6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L).

6.1.1. Страховое событие

Потребность в лечении злокачественного новообразования, как определено в статье 6.1., которым болел застрахованный или которое было впервые диагностировано или о котором стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования.

### 6.2. Плановая хирургия

Под Плановой хирургией понимается: инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного. Диагноз устанавливается впервые, в течение срока действия страховой программы, и подтверждается результатами визуальных тестов, а также врачом, утвержденным страховщиком. Существует хирургическая необходимость в хирургии, и это соответствует условиям и положениям этого покрытия и его исключений. Список покрываемых данной программой операций установлен в **Приложении 1**.

6.2.1. **Страховое событие**

Потребность в плановой хирургии как определено в статье 6.2. из-за болезни, которая была диагностирована или о которой стало известно застрахованному в первый раз в течение периода страхования.

### 6.3. Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)

Под Медицинской диагностикой заболеваний («Чек-ап») понимается: обращение Застрахованного лица в течение оплаченного срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (далее страховой риск / страховой случай «Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)).

Период ожидания - 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.

Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.

6.3.1. **Страховое событие**

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

**Страховая сумма по 1 (одному) обращению по риску «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап») составляет 40,000 рублей.**

**Территория оказания медицинских услуг «Чек-ап» – Российская федерация.**

**Периодичность оказания медицинских услуг «Чек-ап» – не более 1 раза в 2 года страхового периода (в 1 год, 3 год, 5 год, 7 год периода страхования).**

### 6.4. Обязательства Страховщика

В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая по рискам «Злокачественные новообразования», "Плановая хирургия":

6.4. 1. В случае лечения за границей оплата билета эконом-класса для застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

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

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

6.4.3. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

6.4.4. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

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

6.4.6 Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения

6.4.7. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая:

1) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:

- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору страховщика;
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более 1 200 000 руб. в год на один страховой случай.
- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении;

## **7. Исключения из страхового покрытия**

7.1. В рамках страхования по настоящей программе не подлежат оплате следующие услуги:

7.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в ст. 6 настоящей Программы Страхования.

7.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей программой.

7.1.3. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

7.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;

7.1.5. психириургия;

7.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

7.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

7.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:

7.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой добровольного медицинского страхования;

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

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

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

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

7.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;

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

7.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

### **7.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:**

Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:

7.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;

7.2.2. предусмотренных настоящей программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой;

7.2.3. не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;

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

7.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

7.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

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

7.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

7.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

7.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;

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

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

7.2.13. не предусмотренных настоящей программой;

7.2.14. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями

или расстройствами поведения;

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

7.2.16. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;

7.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе ДМС или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

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

7.2.19. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

**Приложением 1  
к Страховой Программе «Оптимальная защита» -  
" Список покрываемых хирургических операций"**

Нервная система:

Опухоль головного мозга:

Полное иссечение опухоли головного мозга

Исечение пораженных тканей мозга

Стереотаксическая абляция тканей мозга

Спинальный мозг и другое содержимое спинного канала:

Частичная экстирпация спинного мозга

Другие открытые операции на спинном мозге

Другое разрушение спинного мозга

Другие операции на спинном мозге

Операции на спинном нервном корешке

Периферийные нервы:

Резекция периферического нерва

Разрушение периферического нерва

Экстирпация поражения периферического нерва

Другие части нервной системы:

Резекция шейного симпатического нерва

Сердце

Клапаны сердца и прилегающей структуры:

Удаление обструкции от структуры, прилегающей к клапану сердца

Коронарная артерия:

Замена трансплантата подкожной вены коронарной артерии

Другая автоматическая замена трансплантата коронарной артерии

Замена коронарной артерии аллотрансплантатом

Протезирование коронарной артерии

Другая замена коронарной артерии

Соединение грудной артерии с коронарной артерией

Другое шунтирование коронарной артерии

Другие части сердца и перикарда:

Открытые операции по проведению системы сердца

Введение сердечный кардиостимулятора через вену

Другие способы введения сердечного кардиостимулятора

Артерии и вены

Большие сосуды и легочная артерия

Аорта:

Экстренная замена аневризмального сегмента аорты

Плановая замена аневризмального сегмента аорты

Сонные мозговые и подключичные артерии:

Операции по аневризме мозговой артерии

Почки:

Полное удаление почки

Онкологическая хирургия

Глаз

Роговица:

Экстирпация поражения роговой оболочки

Закрывание роговицы

Сетчатка и другие части глаза:

Операции на стекловидном теле

Фотокоагуляция сетчатки для отслоения

Резекция пораженной сетчатки

Сердце

Клапаны сердца и прилегающей структуры:

Пластика митрального клапана

Пластика аортального клапана

Пластика трехстворчатого клапана

Пластика легочного клапана

Пластика неуточненного клапана сердца

Повторная пластика клапана сердца

Открытый разрез клапана сердца

Закрытый разрез клапана сердца

Коронарная артерия:

транслюминальная воздушно-шариковая ангиопластика коронарной артерии

Оперативное лечение тяжелых ожогов

## **2. Получение услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.**

2.1. Для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания Застрахованный обращается по номеру круглосуточного колл-центра Сервисной компании (Madanes Advanced Healthcare Services Ltd) по номеру: 8-800-511-64-62 или по e-mail: claims@managedcare.ru.

2.2. При обращении по телефону оператор колл-центра:

2.2.1. идентифицирует Клиента;

2.2.2. уточняет запрос Клиента.

2.2.3. информирует Застрахованного о том, что выделенный Куратор свяжется с Застрахованным в течение не более 48 (сорока восьми) часов с уточняющей информацией;

2.2.4. передает заявку Куратору.

2.3. Куратор связывается с Застрахованным в срок не превышающий 48 часов с момента обращения Застрахованного и предоставляет информацию Застрахованному в соответствии с его запросом для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.

## **3. Согласие на обработку персональных данных.**

Застрахованный в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» дает \_\_\_\_\_ согласие на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, состоянии здоровья и биометрических данных.

Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных по Медицинским услугам, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по Медицинским сервисам.

Настоящее согласие на указанные действия дано на период действия Медицинских сервисов и период обязательного хранения бухгалтерских документов (хранение на период 5 лет с момента окончания срока действия договора, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ).

Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу \_\_\_\_\_, либо по адресу Страховщика.

**Застрахованное лицо:**

ФИО:

Подпись: √ \_\_\_\_\_

## **4. ПОДПИСИ СТОРОН:**

**Страховщик:**

Генеральный директор А.В. Дроздов

**Страхователь:**

Подпись: √ \_\_\_\_\_

**Приложение № 2 к Договору страхования по программе  
«ФОНД ЗДОРОВЬЯ»**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Программы медицинского обслуживания (Программа ДМС)  
«Максимальная защита»**

<b>Застрахованное лицо</b>	Фамилия Имя Отчество:		
<b>Адрес регистрации</b>			
<b>Паспорт</b>	Серия		№
	Дата выдачи		Кем выдан

**1. УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ ДМС «Максимальная защита»**

**Страховая Программа «Максимальная защита»**

**Объем услуг, предоставляемых в рамках Программы**

Описание программы.  
Программа включает в себя следующие виды услуг:  
I. «Лечение при диагностировании критического заболевания»\*.  
\*«Лечение при диагностировании критического заболевания», включает в себя следующие услуги: Лечение по рискам «Злокачественные новообразования», «Вся плановая хирургия», «Трансплантация» и «Реабилитация», «Заместительное лечение» и «Экспериментальное лечение».  
II. «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап»).

**1. Страховое обращение**

Обращение застрахованного лица, страховая премия которого была уплачена, и который подтвердил декларацию о состоянии здоровья, в течение срока действия договора страхования с уведомлением в сервисный центр страховщика на организацию медицинских и других услуги, предусмотренные страховой программой, в связи с покрываемым страховым случаем (как определено ниже) в первый раз в течение периода страхования.  
Под периодом страхования понимается период договора страхования, за который оплачена страховая премия (страховой взнос) (т.е. равный 1 (одному) году при периодической/ ежегодной оплате страховой премии (страхового взноса), либо равный сроку страхования - при единовременной оплате страховой премии).

**2. Застрахованное лицо**

Застрахованным лицом по настоящей программе является лицо в возрасте от 18 (восемнадцати) и не более 55 (пятидесяти пяти) лет на дату заключения договора страхования.

Возраст будет рассчитываться как разница между датой рождения застрахованного лица и датой начала действия договора. Во избежание каких-либо противоречий, эта разница должна быть округлена следующим образом: 45,5 должно быть округленно до 46, а 45,4 до 45.

**3. Премия, Действие страхования, Временная франшиза (период ожидания)**

Срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год с возможностью ежегодного продления при условии своевременной оплаты страховой премии (очередного взноса) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования. При условии непрерывного действия Договора страхования, период ожидания на следующий страховой год не применяется.

**3.1. Период ожидания**

Страхование по рискам «Злокачественные новообразования», «Вся плановая хирургия», «Трансплантация» и «Реабилитация», «Заместительное лечение» и «Экспериментальное лечение» вступает в силу по истечении периода ожидания 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.

Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.

3.2. При непрерывной пролонгации договора страхования без изменения застрахованного лица период ожидания не применяется.

3.3. Размер страховой премии при пролонгации договора страхования на новый календарный год может быть пересмотрен Страховщиком.

3.4. В случае истечения срока действия страховой программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страховой программы. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия страховой программы, страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страховой программы.

**4. Страховая сумма**

Общий Годовой лимит ответственности страховщика по данной программе по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» (в риск включено лечение по рискам «Злокачественные новообразования», «Вся плановая хирургия», «Трансплантация» и «Реабилитация», «Заместительное лечение» и «Экспериментальное лечение») – 80 000 000, 00 руб.

Страховая сумма (страховой лимит) по настоящей программе по указанным рискам является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия программы страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного страховщиком в период действия программы страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по программе страхования считаются исполненными в части соответствующего риска по настоящей страховой



<p>программе.</p>
<p><b>5. Территория</b></p> <p>5.1. Территория действия страхования – Российская Федерация</p> <p>5.2. Территория оказания услуг: при организации лечения – Израиль, Южная Корея, Российская Федерация, вся Европа, за исключением Швейцарии.</p>
<p><b>6. Риски, покрываемые настоящей программой страхования.</b></p>
<p><b>6.1. Злокачественные новообразования</b></p> <p>Под Злокачественным новообразованием понимается любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами.</p> <p><b>Исключаются из страхового покрытия:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu (за исключением покрытия In situ до 400 000 руб.), включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.</li><li>2. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.</li><li>3. Заболевания кожи следующих типов:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;</li><li>b. Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.</li></ol></li><li>4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).</li><li>5. Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона, .</li><li>6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (C.L.L).</li></ol> <p><b>6.1.1. Страховое событие</b></p> <p>Потребность в лечении злокачественного новообразования, как определено в статье 6.1., которое было впервые диагностировано или о котором стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования.</p>
<p><b>6.2. Под плановой хирургией понимается</b> инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного. Диагноз устанавливается впервые в течение срока действия страховой программы, и подтверждается результатами визуальных тестов, а также врачом, утвержденным страховщиком. Существует хирургическая необходимость в хирургии, и это соответствует условиям и положениям этого покрытия и его исключений.</p> <p><b>6.2.1. Страховое событие</b></p> <p>Потребность в плановой хирургии как определено в статье 6.2. из-за болезни, которая была диагностирована или о которой стало известно застрахованному в первый раз в течение периода страхования.</p>
<p><b>6.3. Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)</b></p> <p>Под Медицинской диагностикой заболеваний («Чек-ап») понимается: обращение Застрахованного лица в течение оплаченного срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (далее страховой риск / страховой случай «Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)).</p> <p><b>Период ожидания - 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.</b></p> <p><b>Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.</b></p> <p><b>6.3.1. Страховое событие</b></p> <p>Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.</p> <p><b>Страховая сумма по 1 (одному) обращению по риску «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап») составляет 100 000 рублей.</b></p> <p><b>Территория оказания медицинских услуг «Чек-ап» – Российская Федерация.</b></p> <p><b>Периодичность оказания медицинских услуг «Чек-ап» – не более 1 раза в 2 года страхового периода (в 1 год, 3 год, 5 год, 7 год периода страхования).</b></p>
<p><b>6.4. Обязательства Страховщика</b></p> <p>В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая:</p> <p>6.4.1. В случае лечения за границей оплата билета бизнес-класса для застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.</p> <p>6.4.2. В случае лечения за границей проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.</p> <p>6.4.3. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.</p> <p>6.4.4. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.</p> <p>6.4.5. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для застрахованного и одного сопровождающего, при этом, визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.</p> <p>6.4.6 Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения</p> <p>6.4.7. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:<ul style="list-style-type: none"><li>• осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;</li></ul></li></ol>

- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору страховщика;
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более 1 200 000 руб. в год на один страховой случай.
- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении

#### **6.5. Трансплантация органов от живого донора**

6.5.1. Трансплантация - Хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма страхователя и Трансплантация вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм страхователя. Во избежание сомнений, трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные имплантат.

#### **6.6. Страховой случай**

6.6.1. Страховой случай - это медицинское состояние страхователя, требующее Трансплантации органов от живого донора, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста, одобренному Страховщиком, при условии, что оно было диагностировано или что о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, как подробно описано ниже.

6.6.2. Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать совокупные условия, описанные ниже:

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

#### **6.7. Обязательства Страховщика**

При наступлении Страхового случая Страховщик заплатит непосредственно поставщику услуг за признанные расходы по пересадке, как подробно описано ниже.

6.7.1. Трансплантация органов от живого донора с помощью Поставщика услуг – компенсация до соответствующих страховых лимитов, указанных ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованной больнице, включенной в список больниц, имеющих договор со Страховщиком.

6.7.2. Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик платит непосредственно вышеуказанным поставщикам услуг сумму, которая указана в параграфах а, b и с ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить, как указано выше поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности страховщика, установленными ниже.

6.7.3. Компенсация за пересадку, как указано выше, выплачивается за фактические расходы, описанные ниже:

- 1) Расходы на медицинское обследование и лечение, предоставленное страхователю при госпитализации в больницу, обусловленной договором, в течение которого была проведена Трансплантация, или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Страховой программы.
- 2) Оплата персоналу врача-хирурга по договору, и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Страховой программы.
- 3) Оплата госпитализации в больнице, обусловленной договором, до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Страховой программы, до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы лекарства во время госпитализации.
- 4) Расходы за перевозку самолетом тела страхователя в страну его проживания, в случае смерти страхователя во время его пребывания на лечении, в соответствии с покрытием данной Страховой программы, до максимальной суммы 560 000 руб.
- 5) Сопутствующие расходы, указанные ниже:
  - a) На поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации - до максимальной суммы 2 000 000 руб..
  - b) Расходы на поездку и возвращение домой – лимитированы стоимостью авиабилета бизнес-класса в оба конца для страхователя и одного сопровождающего, или, если страхователь несовершеннолетний – 2 сопровождающих до максимальной суммы 400 000 руб.
  - c) Расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если страхователь не в состоянии, по мнению врача Страховщика, из-за медицинских причин, лететь обычным коммерческим рейсом, до максимальной суммы 2 000 000 руб.
  - d) Расходы на пребывание, необходимые для этой цели, для страхователя и одного сопровождающего, до максимальной суммы 4 400 000 руб.
  - e) Расходы на доставку врача-специалиста в страну страхователя, для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит 9 600 000 руб.
  - f) Общее положение – Настоящим проясняется, что обязательство Страховщика включает выполнение одной Трансплантации в течение каждого года страхования, и в случае повторной Трансплантации она будет считаться отдельным страховым случаем. Обязательство Страховщика включает до 5 пересадок в течение всего периода страхования страхователя

#### **6.8. Реабилитация**

6.8.1. Состояние здоровья, требующее проведения реабилитационной программы - Период продолжительностью не более 90 дней после наступления одного из следующих событий:

- 1) заболевания и травмы головного мозга:
  - геморрагический или ишемический инсульт,
  - резекция внутричерепной опухоли,
  - энцефалит, менингит,
  - аноксическое повреждение головного мозга;
- 2) заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:
  - повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов,
  - заболевание и травма позвоночника;
- 3) потребность в ортопедическом лечении:
  - ампутация конечности,
  - операция в связи с опухолью кости,
  - операция в связи со сложным переломом.

6.8.2. **Центр реабилитации** - Медицинское учреждение, официально признанное в стране назначения реабилитационной клиникой.

6.8.3. **Реабилитационная программа** - Программа лечения у терапевта – специалиста по реабилитации, которая позволит страхователю максимально реализовать потенциальное качество жизни после событий, являющихся страховым случаем согласно настоящему разделу полиса.

#### 6.8.4. **Страховой случай**

Страховым случаем считается состояние здоровья страхователя, которым начал страдать застрахованный или которое было диагностировано или о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, требующее, согласно заключению сертифицированного медицинского специалиста, подтвержденному Страховщиком, прохождения страхователем реабилитационной программы, соответствующей определениям настоящего полиса. В медицинском заключении должно быть указано, что по состоянию здоровья страхователь нуждается в прохождении реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в настоящем полисе, и что прохождение данной программы способно привести к положительным результатам.

#### 6.8.5. **Обязательства страховщика**

При наступлении страхового случая страховщик обязуется возместить центру реабилитации, в соответствии со сказанным выше, стоимость прохождения реабилитационной программы – до максимальной суммы, указанной в «Подробном описании страхования».

6.8.5.1 При наступлении страхового случая страхователю будет назначена реабилитационная программа в центре реабилитации по согласованию со страховщиком.

6.8.5.2. Реабилитационная программа будет координироваться исключительно страховщиком или с его предварительного согласия. Стоимость реабилитации будет выплачиваться непосредственно центру реабилитации.

6.8.5.3. Сумма, уплаченная страховщиком за реабилитационную программу, не будет превышать максимальную сумму, указанную в «Подробном описании страхования»; продолжительность оплаченного курса реабилитации не будет превышать 90 дней.

6.8.5.4. Страховщик обязуется оплатить расходы по следующим статьям:

- 1) проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению реабилитолога;
- 2) дополнительные медицинские проверки, назначенные по усмотрению реабилитолога, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;
- 3) лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации или для предотвращения воздействия фоновых заболеваний на результаты реабилитационных мероприятий, как например наркотики или лечение антикоагулянтами при гипертонии;
- 4) итоговый отчет по результатам реабилитационной программы и, при необходимости, также последующее наблюдение.

#### 6.9. **Экспериментальное лечение**

Нетрадиционная медицинская процедура, инвазивная или неинвазивная, которая проводится в лицензированном медицинском центре в исследовательских целях или на основе экспериментальных медицинских технологий. Экспериментальное лечение осуществляется с надлежащим разрешением, страховым покрытием и лицензиями от всех соответствующих органов в стране, в которой оно проводится, согласно соответствующим правилам и этическим стандартам Всемирной медицинской ассоциации.

Организация экспериментального лечения производится при выполнении следующего условия: у Застрахованного имеется опасное для жизни медицинское состояние, подпадающее под действие настоящей Программы, от которого Застрахованный страдает и которое не может быть вылечено в соответствии с обычными медицинскими протоколами, включая заместительное лечение, и в случае непроведения Экспериментального лечения, для Застрахованного есть реальная опасность потери жизни в течение 12 месяцев.

#### 6.10. **Заместительное лечение**

Неинвазивная традиционная медицинская процедура, выполняемая врачом, цель которой, в соответствии с принятым медицинским стандартом, состоит в достижении результатов, аналогичных результатам хирургического вмешательства, которое она заменила.

Страховым случаем является направление Застрахованного на хирургическое лечение, покрываемое данной Страховой программой, которое может быть заменено заместительным лечением в соответствии со стандартами традиционной медицины. Заместительное лечение должно быть назначено врачом - специалистом в области лечения и предварительно одобрено Страховщиком.

#### 7. **Исключения из страхового покрытия**

##### 7.1. **В рамках страхования по настоящей программе не подлежат оплате следующие услуги:**

- 7.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в ст. 6 настоящей Программы Страхования.
- 7.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей программой.
- 7.1.3. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.
- 7.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;
- 7.1.5. психиатрия;
- 7.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;
- 7.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

- 7.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:
- 7.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 7.1.8.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
- 7.1.8.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
- 7.1.8.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
- 7.1.8.5. трансплантация органов, которая включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);
- 7.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;
- 7.1.10. услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);
- 7.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

**7.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:**

Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:

- 7.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;
- 7.2.2. предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- 7.2.3. не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
- 7.2.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 7.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
- 7.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
- 7.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
- 7.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 7.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
- 7.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
- 7.2.11. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.
- 7.2.12. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
- 7.2.13. не предусмотренных настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 7.2.14. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
- 7.2.15. в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах.
- 7.2.16. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;
- 7.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования или выбор которых не был согласован со Страховщиком;
- 7.2.18. 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), фридаивинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;
- 7.2.19. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

**2. Получение услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.**

- 2.1. Для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания Застрахованный обращается по номеру круглосуточного колл-центра Сервисной компании (Madanes Advanced Healthcare Services Ltd) по номеру: 8-800-511-64-62 или по e-mail: claims@managedcare.ru.
- 2.2. При обращении по телефону оператор колл-центра:
- 2.2.1. идентифицирует Клиента;
- 2.2.2. уточняет запрос Клиента.
- 2.2.3. информирует Застрахованного о том, что выделенный Куратор свяжется с Застрахованным в течение не более 48 (сорока восьми) часов с уточняющей информацией;

2.2.4. передает заявку Куратору.

2.3. Куратор связывается с Застрахованным в срок не превышающий 48 часов с момента обращения Застрахованного и предоставляет информацию Застрахованному в соответствии с его запросом для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.

### 3. Согласие на обработку персональных данных.

Застрахованный в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» дает \_\_\_\_\_ согласие на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, состоянии здоровья и биометрических данных. Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных по Медицинским услугам, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по Медицинским сервисам.

Настоящее согласие на указанные действия дано на период действия Медицинских сервисов и период обязательного хранения бухгалтерских документов (хранение на период 5 лет с момента окончания срока действия договора, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ).

Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу \_\_\_\_\_, либо по адресу Страховщика.

#### Застрахованное лицо:

ФИО:

Подпись: √ \_\_\_\_\_

### 4. ПОДПИСИ СТОРОН:

#### Страховщик:

Генеральный директор А.В. Дроздов

#### Страхователь:

Подпись: √ \_\_\_\_\_

**Приложение № 2 к Договору страхования по программе  
«ФОНД ЗДОРОВЬЯ»**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Программы медицинского обслуживания (Программа ДМС)  
«Максимальная защита +»**

<b>Застрахованное лицо</b>	Фамилия Имя Отчество:		
<b>Адрес регистрации</b>			
<b>Паспорт</b>	Серия		№
	Дата выдачи		Кем выдан

**1. УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ ДМС «Максимальная защита +»:**

**Страховая Программа «Максимальная защита +»**

**Объем услуг, предоставляемых в рамках Программы**

Описание программы.

Программа включает в себя следующие виды услуг:

I. «Лечение при диагностировании критического заболевания»\*.

\*«Лечение при диагностировании критического заболевания», включает в себя следующие услуги: Лечение по рискам «Злокачественные новообразования», «Вся плановая хирургия», «Трансплантация» и «Реабилитация», «Заместительное лечение» и «Экспериментальное лечение».

II. «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап»).

**1. Страховое обращение**

Обращение застрахованного лица, страховая премия которого была уплачена, и который подтвердил декларацию о состоянии здоровья, в течение срока действия договора страхования с уведомлением в сервисный центр страховщика на организацию медицинских и других услуги, предусмотренные страховой программой, в связи с покрываемым страховым случаем (как определено ниже) в первый раз в течение периода страхования.

Под периодом страхования понимается период договора страхования, за который оплачена страховая премия (страховой взнос) (т.е. равный 1 (одному) году при периодической/ ежегодной оплате страховой премии (страхового взноса), либо равный сроку страхования - при единовременной оплате страховой премии).

**2. Застрахованное лицо**

Застрахованным лицом по настоящей программе является лицо в возрасте от 18 (восемнадцати) и не более 55 (пятидесяти пяти) лет на дату заключения договора страхования.

Возраст будет рассчитываться как разница между датой рождения застрахованного лица и датой начала действия договора. Во избежание каких-либо противоречий, эта разница должна быть округлена следующим образом: 45,5 должно быть округленно до 46, а 45,4 до 45.

**3. Премия, Действие страхования, Временная франшиза (период ожидания)**

Срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год с возможностью ежегодного продления при условии своевременной оплаты страховой премии (очередного взноса) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования. При условии непрерывного действия Договора страхования, период ожидания на следующий страховой год не применяется.

**3.1. Период ожидания**

Страхование по рискам «Злокачественные новообразования», «Вся плановая хирургия», «Трансплантация» и «Реабилитация», «Заместительное лечение» и «Экспериментальное лечение» вступает в силу по истечении периода ожидания 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.

Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.

3.2. При непрерывной пролонгации договора страхования без изменения застрахованного лица период ожидания не применяется.

3.3. Размер страховой премии при пролонгации договора страхования на новый календарный год может быть пересмотрен Страховщиком.

3.4. В случае истечения срока действия страховой программы при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) дней с момента истечения срока действия страховой программы. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия страховой программы, страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцать) последовательных дней после истечения срока действия страховой программы.

**4. Страховая сумма**

Общий Годовой лимит ответственности страховщика по данной программе по риску «Лечение при диагностировании критического заболевания» (в риск включено лечение по рискам «Злокачественные новообразования», «Вся плановая хирургия», «Трансплантация» и «Реабилитация», «Заместительное лечение» и «Экспериментальное лечение») – 80 000 000, 00 руб.

Страховая сумма (страховой лимит) по настоящей программе по указанным рискам является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия программы страхования и суммы страхового возмещения,

<p>осуществленного страховщиком в период действия программы страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по программе страхования считаются исполненными в части соответствующего риска по настоящей страховой программе.</p>
<p><b>5. Территория</b></p> <p>5.1. Территория действия страхования – Российская Федерация</p> <p>5.2. Территория оказания услуг: при организации лечения – Израиль, Южная Корея, Российская Федерация, вся Европа, за исключением Швейцарии.</p>
<p><b>6. Риски, покрываемые настоящей программой страхования.</b></p>
<p><b>6.1. Злокачественные новообразования</b></p> <p>Под Злокачественным новообразованием понимается любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими доказательствами.</p> <p><b>Исключаются из страхового покрытия:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu (за исключением покрытия In situ до 400 000 руб.), включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.</li><li>2. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.</li><li>3. Заболевания кожи следующих типов:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;</li><li>b. Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.</li></ol></li><li>4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).</li><li>5. Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как именуемый до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона, .</li><li>6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L).</li></ol> <p><b>6.1.1. Страховое событие</b></p> <p>Потребность в лечении злокачественного новообразования, как определено в статье 6.1., которое было впервые диагностировано или о котором стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования.</p>
<p><b>6.2. Под плановой хирургией понимается</b> инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного. Диагноз устанавливается впервые в течение срока действия страховой программы, и подтверждается результатами визуальных тестов, а также врачом, утвержденным страховщиком. Существует хирургическая необходимость в хирургии, и это соответствует условиям и положениям этого покрытия и его исключений.</p> <p><b>6.2.1. Страховое событие</b></p> <p>Потребность в плановой хирургии как определено в статье 6.2. из-за болезни, которая была диагностирована или о которой стало известно застрахованному в первый раз в течение периода страхования.</p>
<p><b>6.3. Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)</b></p> <p>Под Медицинской диагностикой заболеваний («Чек-ап») понимается: обращение Застрахованного лица в течение оплаченного срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (далее страховой риск / страховой случай «Медицинская диагностика заболеваний («Чек-ап»)).</p> <p><b>Период ожидания - 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу программы страхования.</b></p> <p><b>Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.</b></p> <p><b>6.3.1. Страховое событие</b></p> <p>Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.</p> <p><b>Страховая сумма по 1 (одному) обращению по риску «Медицинская диагностика заболеваний» («Чек-ап») составляет 400 000 рублей.</b></p> <p><b>Территория оказания медицинских услуг «Чек-ап» – Израиль, Южная Корея, Российская Федерация, вся Европа, за исключением Швейцарии.</b></p> <p><b>Периодичность оказания медицинских услуг «Чек -ап» – не более 1 раза в 2 года страхового периода (в 1 год, 3 год, 5 год, 7 год периода страхования).</b></p>
<p><b>6.4. Обязательства Страховщика</b></p> <p>В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6.4.1. В случае лечения за границей оплата билета бизнес-класса для застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.</li><li>6.4.2. В случае лечения за границей проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.</li><li>6.4.3. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.</li><li>6.4.4. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.</li><li>6.4.5. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для застрахованного и одного сопровождающего, при этом, визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.</li><li>6.4.6 Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения</li></ol>

6.4.7. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая:

1) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:

- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору страховщика;
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более 1 200 000 руб. в год на один страховой случай.
- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении

#### **6.5. Трансплантация органов от живого донора**

6.5.1. Трансплантация - Хирургическое удаление легкого, почки, доли поджелудочной железы, доли печени, а также любого сочетания вышеперечисленных органов, из организма страхователя и Трансплантация вместо них целого органа или его части, извлеченных из организма другого человека, или Трансплантация костного мозга в организм страхователя. Во избежание сомнений, трансплантация не включает в себя зубные протезы или любые другие зубные имплантат.

#### **6.6. Страховой случай**

6.6.1. Страховой случай - это медицинское состояние страхователя, требующее Трансплантации органов от живого донора, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста, одобренному Страховщиком, при условии, что оно было диагностировано или что о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, как подробно описано ниже.

6.6.2. Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать совокупные условия, описанные ниже:

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

#### **6.7. Обязательства Страховщика**

При наступлении Страхового случая Страховщик заплатит непосредственно поставщику услуг за признанные расходы по пересадке, как подробно описано ниже.

6.7.1. Трансплантация органов от живого донора с помощью Поставщика услуг – компенсация до соответствующих страховых лимитов, указанных ниже, только при условии, что Трансплантация будет выполняться в согласованной больнице, включенной в список больниц, имеющих договор со Страховщиком.

6.7.2. Если Трансплантация органов от живого донора выполняется не посредством поставщика услуг, хотя ее проведение скоординировано и утверждено Страховщиком заранее в письменной форме, Страховщик платит непосредственно вышеуказанным поставщикам услуг сумму, которая указана в параграфах а, b и с ниже, но не более той суммы, которую Страховщик должен заплатить, как указано выше поставщику услуг, причем в соответствии с лимитами ответственности страховщика, установленными ниже.

6.7.3. Компенсация за пересадку, как указано выше, выплачивается за фактические расходы, описанные ниже:

- 1) Расходы на медицинское обследование и лечение, предоставленное страхователю при госпитализации в больнице, обусловленной договором, в течение которого была проведена Трансплантация, или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Страховой программы.
- 2) Оплата персоналу врача-хирурга по договору, и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Страховой программы.
- 3) Оплата госпитализации в больнице, обусловленной договором, до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Страховой программы, до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы лекарства во время госпитализации.
- 4) Расходы за перевозку самолетом тела страхователя в страну его проживания, в случае смерти страхователя во время его пребывания на лечении, в соответствии с покрытием данной Страховой программы, до максимальной суммы 560 000 руб.
- 5) Сопутствующие расходы, указанные ниже:
  - a) На поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации - до максимальной суммы 2 000 000 руб..
  - b) Расходы на поездку и возвращение домой – лимитированы стоимостью авиабилета бизнес-класса в оба конца для страхователя и одного сопровождающего, или, если страхователь несовершеннолетний – 2 сопровождающих до максимальной суммы 400 000 руб.
  - c) Расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если страхователь не в состоянии, по мнению врача Страховщика, из-за медицинских причин, лететь обычным коммерческим рейсом, до максимальной суммы 2 000 000 руб.
  - d) Расходы на пребывание, необходимые для этой цели, для страхователя и одного сопровождающего, до максимальной суммы 4 400 000 руб.
  - e) Расходы на доставку врача-специалиста в страну страхователя, для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит 9 600 000 руб.
  - f) Общее положение – Настоящим проясняется, что обязательство Страховщика включает выполнение одной Трансплантации в течение каждого года страхования, и в случае повторной Трансплантации она будет считаться отдельным страховым случаем. Обязательство Страховщика включает до 5 пересадок в течение всего периода страхования страхователя



## **6.8. Реабилитация**

6.8.1. Состояние здоровья, требующее проведения реабилитационной программы - Период продолжительностью не более 90 дней после наступления одного из следующих событий:

1) заболевания и травмы головного мозга:

- геморрагический или ишемический инсульт,
- резекция внутримозговой опухоли,
- энцефалит, менингит,
- аноксическое повреждение головного мозга;

2) заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:

- повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов,
- заболевание и травма позвоночника;

3) потребность в ортопедическом лечении:

- ампутация конечности,
- операция в связи с опухолью кости,
- операция в связи со сложным переломом.

6.8.2. **Центр реабилитации** - Медицинское учреждение, официально признанное в стране назначения реабилитационной клиникой.

6.8.3. **Реабилитационная программа** - Программа лечения у терапевта – специалиста по реабилитации, которая позволит страхователю максимально реализовать потенциальное качество жизни после событий, являющихся страховым случаем согласно настоящему разделу полиса.

### **6.8.4. Страховой случай**

Страховым случаем считается состояние здоровья страхователя, которым начал страдать застрахованный или которое было диагностировано или о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, требующее, согласно заключению сертифицированного медицинского специалиста, подтвержденному Страховщиком, прохождения страхователем реабилитационной программы, соответствующей определениям настоящего полиса. В медицинском заключении должно быть указано, что по состоянию здоровья страхователь нуждается в прохождении реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в настоящем полисе, и что прохождение данной программы способно привести к положительным результатам.

### **6.8.5. Обязательства страховщика**

При наступлении страхового случая страховщик обязуется возместить центру реабилитации, в соответствии со сказанным выше, стоимость прохождения реабилитационной программы – до максимальной суммы, указанной в «Подробном описании страхования».

6.8.5.1 При наступлении страхового случая страхователю будет назначена реабилитационная программа в центре реабилитации по согласованию со страховщиком.

6.8.5.2. Реабилитационная программа будет координироваться исключительно страховщиком или с его предварительного согласия. Стоимость реабилитации будет выплачиваться непосредственно центру реабилитации.

6.8.5.3. Сумма, уплаченная страховщиком за реабилитационную программу, не будет превышать максимальную сумму, указанную в «Подробном описании страхования»; продолжительность оплаченного курса реабилитации не будет превышать 90 дней.

6.8.5.4. Страховщик обязуется оплатить расходы по следующим статьям:

- 1) проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению реабилитолога;
- 2) дополнительные медицинские проверки, назначенные по усмотрению реабилитолога, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;
- 3) лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации или для предотвращения воздействия фоновых заболеваний на результаты реабилитационных мероприятий, как например наркотики или лечение антикоагулянтами при гипертонии;
- 4) итоговый отчет по результатам реабилитационной программы и, при необходимости, также последующее наблюдение.

## **6.9. Экспериментальное лечение**

Нетрадиционная медицинская процедура, инвазивная или неинвазивная, которая проводится в лицензированном медицинском центре в исследовательских целях или на основе экспериментальных медицинских технологий. Экспериментальное лечение осуществляется с надлежащим разрешением, страховым покрытием и лицензиями от всех соответствующих органов в стране, в которой оно проводится, согласно соответствующим правилам и этическим стандартам Всемирной медицинской ассоциации.

Организация экспериментального лечения производится при выполнении следующего условия: у Застрахованного имеется опасное для жизни медицинское состояние, подпадающее под действие настоящей Программы, от которого Застрахованный страдает и которое не может быть вылечено в соответствии с обычными медицинскими протоколами, включая заместительное лечение, и в случае непроведения Экспериментального лечения, для Застрахованного есть реальная опасность потери жизни в течение 12 месяцев.

## **6.10. Заместительное лечение**

Неинвазивная традиционная медицинская процедура, выполняемая врачом, цель которой, в соответствии с принятым медицинским стандартом, состоит в достижении результатов, аналогичных результатам хирургического вмешательства, которое она заменила.

Страховым случаем является направление Застрахованного на хирургическое лечение, покрываемое данной Страховой программой, которое может быть заменено заместительным лечением в соответствии со стандартами традиционной медицины. Заместительное лечение должно быть назначено врачом - специалистом в области лечения и предварительно одобрено Страховщиком.

## **7. Исключения из страхового покрытия**

### **7.1. В рамках страхования по настоящей программе не подлежат оплате следующие услуги:**

- 7.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в ст. 6 настоящей Программы Страхования.
- 7.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей программой.
- 7.1.3. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.
- 7.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;

- 7.1.5. психирургия;
- 7.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;
- 7.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.
- 7.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:
- 7.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 7.1.8.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
- 7.1.8.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
- 7.1.8.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
- 7.1.8.5. трансплантация органов, которая включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);
- 7.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;
- 7.1.10. услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);
- 7.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

## **7.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:**

Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:

- 7.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;
- 7.2.2. предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- 7.2.3. не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
- 7.2.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 7.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
- 7.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
- 7.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
- 7.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 7.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
- 7.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
- 7.2.11. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.
- 7.2.12. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
- 7.2.13. не предусмотренных настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 7.2.14. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
- 7.2.15. в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах.
- 7.2.16. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;
- 7.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования или выбор которых не был согласован со Страховщиком;
- 7.2.18. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;
- 7.2.19. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

## **2. Получение услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.**

2.1. Для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания Застрахованный обращается по номеру круглосуточного колл-центра Сервисной компании (Madanes Advanced Healthcare Services Ltd) по номеру: 8-800-511-64-62 или по e-mail: [claims@managedcare.ru](mailto:claims@managedcare.ru).

2.2. При обращении по телефону оператор колл-центра:

2.2.1. идентифицирует Клиента;

2.2.2. уточняет запрос Клиента.

2.2.3. информирует Застрахованного о том, что выделенный Куратор свяжется с Застрахованным в течение не более 48 (сорока восьми) часов с уточняющей информацией;

2.2.4. передает заявку Куратору.

2.3. Куратор связывается с Застрахованным в срок не превышающий 48 часов с момента обращения Застрахованного и предоставляет информацию Застрахованному в соответствии с его запросом для получения услуг, предусмотренных программой медицинского обслуживания и договором страхования.

### 3. Согласие на обработку персональных данных.

Застрахованный в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» \_\_\_\_\_ согласие на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных данных, состоянии здоровья и биометрических данных.

Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных по Медицинским услугам, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления деятельности по Медицинским сервисам.

Настоящее согласие на указанные действия дано на период действия Медицинских сервисов и период обязательного хранения бухгалтерских документов (хранение на период 5 лет с момента окончания срока действия договора, если иной срок не предусмотрен законодательством РФ).

Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу \_\_\_\_\_, либо по адресу Страховщика.

**Застрахованное лицо:**

**ФИО:**

**Подпись:** √ \_\_\_\_\_

### 4. ПОДПИСИ СТОРОН:

**Страховщик:**

Генеральный директор А.В. Дроздов

**Страхователь:**

**Подпись:** √ \_\_\_\_\_

ОБРАЗЕЦ

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ УСЛОВИЯХ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Используйте информацию, содержащуюся в данной таблице, при принятии решения о том, подходит ли Вам предлагаемая услуга с учетом уровня Вашего среднемесячного дохода

**1. Информация о страховой организации**

- 1.1. Договор накопительного страхования жизни (далее – «Договор страхования») заключается с Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – «Страховщик»).
- 1.2. На дату заключения Договора страхования Страховщику присвоен кредитный рейтинг на уровне ruA- (умеренно высокий уровень) со стабильным прогнозом. Рейтинг присвоен ООО СК «БКС Страхование жизни» 18.11.2020 Рейтинговым агентством АО «Эксперт РА»..

**2. Информация о договоре страхования**

- 2.1. Договор страхования не является договором банковского вклада в кредитной организации и переданные по такому договору денежные средства не подлежат страхованию в соответствии с Федеральным законом от 23 декабря 2003 года № 177-ФЗ «О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации», а обеспечиваются страховыми резервами и гарантиями Страховщика в соответствии с Законом РФ от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации".
- 2.2. Получатель страховых услуг по Договору страхования вправе отказаться от договора страхования в порядке, предусмотренном Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», уведомив об этом Страховщика в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования в порядке, предусмотренном Договором страхования.
- 2.3. Страховая выплата по страховым рискам, указанным в п.8.1. Условий страхования, являющихся Приложением №1 к Договору страхования (Далее – «Условия страхования»), составляет по риску «Дожитие» - 100% страховой суммы указанной в п.5.1. Договора страхования; по риску «Смерть в результате любой причины с возвратом уплаченных взносов» размер страховой выплаты составляет 100% возврат уплаченных взносов по Договору страхования. После осуществления страховой выплаты по любому из рисков, указанных в п.8.1. Условий страхования, обязательства Страховщика по договору страхования считаются выполненными в полном объеме и договор страхования прекращает свое действие, если иное не предусмотрено соглашением сторон.
- 2.4. При наступлении Страхового случая по страховым рискам, предусмотренным в п.п. 8.2, 8.3 Условий страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС (Приложение №2).
- 2.5. Период ожидания (временная франшиза) по страховым рискам, предусмотренным в п.п. 8.2, 8.3 Условий страхования составляет 90 дней. (Период ожидания (временная франшиза) - период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, предусмотренного программой ДМС, в течение которого произошедшее событие не является страховым случаем.)
- 2.6. Периодичность оказания медицинских услуг по риску, предусмотренному в п.8.3. Условий страхования, не более 1 раза в 2 года.
- 2.7. Размер страховой выплаты по страховому риску не может превышать размер страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
- 2.8. Договор страхования может быть досрочно расторгнут по письменному заявлению Страхователя. В этом случае по нему будет возвращена выкупная сумма, размер которой может быть меньше суммы страховых взносов. Размер выкупной суммы определяется отдельно на конец каждого года страхования, размер выкупной суммы указан в Таблице выкупных сумм – в п.8. Договора страхования.
- 2.9. Договор страхования не предусматривает начисление или выплату инвестиционного дохода.
- 2.10. Перечень исключений из страховых случаев содержится в п. 16 Условий страхования (Приложение №1).
- 2.11. По всем вопросам не отраженным в Договоре страхования стороны руководствуются Условиями страхования (Приложение №1) и Условиями Программы ДМС (Приложение №2).

**3. Информация о сумме денежных средств, подлежащих передаче получателем страховых услуг по Договору страхования (страховая премия и (или) страховой взнос), а также сроки (даты) оплаты страховой премии и (или) страхового взноса, указаны в разделе 7 Договора страхования.****4. Размер денежных средств (в процентах на день предоставления информации), направляемых на обеспечение исполнение обязательств ООО СК «БКС Страхование жизни» по Договору страхования по выплате выгодоприобретателю страховой суммы****5. Информация о размерах агентского вознаграждения, комиссионного вознаграждения, а также платежей, связанных с заключением и исполнением Договора страхования (в процентах)**

- 5.1. В связи с заключением договора страхования ООО СК «БКС Страхование жизни» уплачивает агентское вознаграждение за весь период действия Договора страхования в размере:.

**6. ПОДПИСИ СТОРОН:**

Страхователь:

Страховщик:

ФИО \_\_\_\_\_

Генеральный директор А.В. Дроздов

\_\_\_\_\_ (подпись)



ООО СК «БКС Страхование жизни»  
Лицензия ЦБ РФ СЖ № 4365, СЛ № 4365 от 01.11.2018 г.  
Адрес места нахождения: 129110, РФ, г. Москва,  
Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1,  
тел.: + 7 (495) 745-50-21; +7 800-500-50-21

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ДУБЛИКАТОВ ДОКУМЕНТОВ**

Страховой полис/Договор  от      г.

**ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:**

<input type="checkbox"/> Страхователем	<input type="checkbox"/> Законным представителем Страхователя*
Фамилия	<input type="text"/>
Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>

**1. Прошу выдать мне (нужное отметить):**

<input type="checkbox"/> Дубликат договора страхования
<input type="checkbox"/> Дубликат дополнительного соглашения
<b>в связи с утерей.</b>
<b>* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):</b>
<input type="text"/>
<small>(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)</small>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения

**Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК «БКС Страхование жизни»**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Сотрудника	Должность

Приложение 6  
к Правилам комбинированного страхования № 2,  
утвержденных Приказом от 25.12.2020 № 2020\_147



ООО СК «БКС Страхование жизни»  
Лицензия ЦБ РФ СЖ № 4365, СЛ № 4365 от 01.11.2018  
Адрес места нахождения: 129110, РФ, г. Москва,  
Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком.1  
Тел.: +7 (495) 745-50-21, +7 800-500-50-21

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАМЕНЕ/ НАЗНАЧЕНИИ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ**

Страховой полис/ Договор		от _____.____.20__ г.	
<b>ЗАЯВИТЕЛЬ:</b> <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Представитель*			
Фамилия			
Имя			
Отчество			
Документ, удостоверяющий личность/ наименование документа			
серия	№	дата выдачи	код подразделения
выдан			
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания		индекс	
область (край)	район	населенный пункт (город)	
улица	дом	корпус	квартира
Контактный телефон		e-mail	
*Реквизиты документа, подтверждающего полномочия Представителя			
(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)			
<b>Прошу изменить/ назначить выгодоприобретателей:</b>			
<b>1. Фамилия</b>	<b>Имя</b>	<b>Отчество</b>	
Дата рождения	Родственная связь	Доля, %	
Место рождения	Страна рождения		
Гражданство (при наличии нескольких указать все)	<input type="checkbox"/> Российская Федерация		
	<input type="checkbox"/> иное* _____		
	<input type="checkbox"/> отсутствует*		
Страна налогового резидентства (указать все имеющиеся)			
<b>Документ, удостоверяющий личность/ наименование документа</b>			
серия	№	дата выдачи	код подразделения
выдан			
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания		индекс	
область (край)	район	населенный пункт (город)	
улица	дом	корпус	квартира
Контактный телефон		e-mail	
<b>*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:</b>			
Миграционная карта для иностранных граждан/ лиц без гражданства		серия	№
Дата начала срока пребывания		Дата окончания срока пребывания	

STR0036

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ/ наименование документа			
серия	№	Дата начала срока действия права пребывания (проживания) в РФ	Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ
<b>2. Фамилия</b>		<b>Имя</b>	<b>Отчество</b>
Дата рождения		Родственная связь	Доля, %
Место рождения		Страна рождения	
Гражданство (при наличии нескольких указать все)		<input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> иное* _____ <input type="checkbox"/> отсутствует*	
Страна налогового резидентства (указать все имеющиеся)			
<b>Документ, удостоверяющий личность/ наименование документа</b>			
серия	№	дата выдачи	код подразделения
выдан			
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания			индекс
область (край)	район	населенный пункт (город)	
улица	дом	корпус	квартира
Контактный телефон		e-mail	
<b>*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:</b>			
Миграционная карта для иностранных граждан/ лиц без гражданства		серия	№
Дата начала срока пребывания	Дата окончания срока пребывания		
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ/ наименование документа			
серия	№	Дата начала срока действия права пребывания (проживания) в РФ	Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ

**С назначением выгодоприобретателя(ей) согласен(а):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 (подпись/ ФИО Застрахованного лица)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем договоре страхования, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения Страхователю иных С услуг Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных». Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

Подпись	ФИО Страхователя/ Представителя	Дата заполнения
Поля заполняются сотрудником/ агентом ООО СК «БКС Страхование Жизни»		
Подпись	ФИО сотрудника/ агента	Должность

STR0036

Приложение 7  
к Правилам комбинированного страхования № 2,  
утвержденных Приказом от 25.12.2020 № 2020\_147



ООО СК «БКС Страхование жизни»  
Лицензия ЦБ РФ СК № 4365, СЛ № 4365 от 01.11.2018 г.  
Адрес места нахождения: 129110, РФ, г. Москва,  
Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1,  
тел.: + 7 (495) 745-50-21; + 7 800-500-50-21

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

Страховой полис/Договор \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ г.

**ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:**

Страхователем  Законным представителем Страхователя\*

**1. ЗАЯВИТЕЛЬ**

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г. СНИЛС (при наличии): \_\_\_\_\_  
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа \_\_\_\_\_  
серия: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г. код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
кем выдан: \_\_\_\_\_  
Место рождения: \_\_\_\_\_ Страна рождения \_\_\_\_\_  
Моб. Телефон: \_\_\_\_\_  
Доп. Телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства (регистрации) и места пребывания: \_\_\_\_\_  
Адрес для направления корреспонденции: \_\_\_\_\_  
Гражданство\*\* (при наличии \_\_\_\_\_ ИНН РФ (при наличии): \_\_\_\_\_  
нескольких указать все):  
Наличие вида на жительство  Да  Нет Если "да", то указать страну: \_\_\_\_\_  
в иностранном государстве:  
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США  Да  Нет  
Другая страна:  Да  Нет ИНН США: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
ИНН (Другая страна) \_\_\_\_\_ Указать страну \_\_\_\_\_  
\* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):  
\_\_\_\_\_  
(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)  
\*\* Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:  
серия, номер: \_\_\_\_\_ Дата начала и дата окончания \_\_\_\_\_  
срока пребывания: \_\_\_\_\_  
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:  
наименование документа: \_\_\_\_\_ серия, номер \_\_\_\_\_  
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: \_\_\_\_\_

**2. ПРОШУ РАСТОРГНУТЬ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ:**



Дата расторжения:  .  .  г.

Номер договора:

Причина расторжения:

**Приложение:**

1. Копия договора страхования
2. Копия паспорта

**Справку о получении / не получении социального налогового вычета:**

Предоставил (а)  Не предоставил (а)

**3. Прошу причитающиеся мне денежные средства перевести на счет в банке согласно реквизитам:**

Наименование банка:

БИК:  ИНН банка:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет Получателя:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения

**Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК "БКС Страхование жизни"**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Сотрудника	Должность

Приложение 8  
к Правилам комбинированного страхования № 2,  
утвержденных Приказом от. 25.12.2020 № 2020\_147



ООО СК «БКС Страхование Жизни»  
Лицензия ЦБ РФ СЖ № 4365, СЛ № 4365 от 01.11.2018 г.  
Адрес места нахождения: 129110, РФ, г. Москва,  
Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1,  
тел.: + 7 (495) 745-50-21; +7 800-500-50-21

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

Страховой полис/Договор \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:**

<input type="checkbox"/> Страхователем	<input type="checkbox"/> Законным представителем Страхователя*
<input type="checkbox"/> Застрахованным	<input type="checkbox"/> Наследником Застрахованного

**1. ЗАЯВИТЕЛЬ**

Фамилия	_____		
Имя	_____		
Отчество	_____		
Дата рождения:	____.____.____ г.	СНИЛС (при наличии):	_____
<b>Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа</b> _____			
серия:	____ № _____	дата выдачи:	____.____.____ г. код подразделения: _____
кем выдан:	_____		
Место рождения:	_____	Страна рождения	_____
Моб. Телефон:	_____		
Доп. Телефон:	_____		
e-mail:	_____		
Адрес места жительства (регистрации) и места пребывания:	_____		
Адрес для направления корреспонденции:	_____		
Гражданство** (при наличии нескольких указать все):	_____	ИНН РФ (при наличии):	_____
Наличие вида на жительство в иностранном государстве:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если "да", то указать страну:	_____
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Другая страна:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИНН США:	____ - _____
ИНН (Другая страна)	_____	Указать страну	_____
<b>* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):</b>			
_____			
<small>(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)</small>			
<b>** Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:</b>			
серия, номер:	_____	Дата начала и дата окончания срока пребывания:	_____
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:			
наименование документа:	_____	серия, номер	_____
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ:	_____		

## 2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ

Фамилия (Полностью)	<input type="text"/>
Имя (Полностью)	<input type="text"/>
Отчество (Полностью)	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.

## 3. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ (необходимо отметить хотя бы одно событие)

<input type="checkbox"/>	Дожитие Застрахованного лица до конца срока действия Договора
<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине/в результате несчастного случая
<input type="checkbox"/>	Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I, II группы) в рамках освобождения от уплаты взносов
<input type="checkbox"/>	Инвалидность <input type="checkbox"/> 1 группа <input type="checkbox"/> 2 группа <input type="checkbox"/> 3 группа <input type="checkbox"/> категория «ребенок-инвалид»
<input type="checkbox"/>	Критические заболевания
<input type="checkbox"/>	Травматические повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая
<input type="checkbox"/>	Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая
Дата события:	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.
Обстоятельства наступления события:	<input type="text"/>

## 4. К ЗАЯВЛЕНИЮ О СОБЫТИИ ПРИКЛАДЫВАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

<b>При дожитии Застрахованного лица до окончания срока страхования:</b>	
<input type="checkbox"/>	Страховой полис (копия)
<input type="checkbox"/>	Нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность, или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» (документ должен быть заверен после даты наступления события) (нужное подчеркнуть)
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<b>При наступлении смерти Застрахованного лица:</b>	
<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
<input type="checkbox"/>	Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС
<input type="checkbox"/>	Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<input type="checkbox"/>	Иное: указать

5. Прошу причитающиеся мне денежные средства :

<input type="checkbox"/>	Перевести на счет в банке согласно реквизитам:
<input type="checkbox"/>	на мой личный счет
<input type="checkbox"/>	на счет застрахованного ребенка
Наименование банка:	<input type="text"/>
БИК:	<input type="text"/>
ИНН банка:	<input type="text"/>
Расчетный счет банка:	<input type="text"/>
Корреспондентский счет:	<input type="text"/>
Лицевой счет Получателя:	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения

Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК "БКС Страхование жизни"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Сотрудника	Должность

### Форма страхового акта

Москва  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ООО СК "БКС Страхование жизни"**  
**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор

(Должность уполномоченного лица)

\_\_\_\_\_/Дроздов А.В./  
Подпись Ф.И.О.

#### Страховой акт №

Договор №/Продукт			
Страхователь			
Застрахованный			
Выгодоприобретатель			
Риски	Страховые суммы, руб.		
Срок действия страхования в отношении Застрахованного:			
Дата страхового случая:			
Дата заявления:			
Дата получения последнего документа:			
Диагноз:			
Статья таблицы выплат:		Процент выплаты от страховой суммы, %:	
Основание для выплаты			
Удержано из страховой выплаты:	нет		0,00
Расчет страховой выплаты:			0,00
Итого к выплате (руб):			
Перестраховщик/сумма, руб.			
Менеджер по андеррайтингу и урегулированию убытков	подпись	Ф.И.О.	Дата печати      Дата передачи
Правовой департамент	подпись	Ф.И.О.	Дата получения      Дата согласования
Служба безопасности	подпись	Ф.И.О.	Дата получения      Дата согласования
Финансовый департамент	подпись	Ф.И.О.	Дата получения      Дата согласования

Выплата в сумме \_\_\_\_\_ RUB  
п/п № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ г. произведена.

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

подпись

Ф.И.О.