

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом генерального директора
ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»
Слюсаря А.В.
от 25.12.2017 № 218/01

**УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(ВАРИАНТ 2)**

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Настоящие Условия страхования жизни и добровольного медицинского страхования (вариант 2) (далее Условия) разработаны на основании программы страхования «Страхование на дожитие с возвратом взносов в случае смерти Застрахованного (вариант 3)» Правил страхования жизни ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» и Правил добровольного медицинского страхования ООО «АльфаСтрахование-Жизнь». На основании настоящих Условий и действующего законодательства Российской Федерации ООО «АльфаСтрахование - Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает со Страхователями Договоры страхования. При заключении Договоров страхования Страховщик действует на основании лицензии Страховщика на осуществление страхования, выданной ФССН, № С № 3447 77 от 20 апреля 2010 г.

Страховщик - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующих видов страховой деятельности в установленном Законом порядке.

Страхователь

Дееспособное физическое или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Условиями страхования (далее – Страхователь).

Застрахованный

Физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования в соответствии с настоящими Условиями страхования (далее – Застрахованный). Если иное не предусмотрено Договором страхования, возраст Застрахованного не может быть менее 3 (трёх) полных лет или более 17 (семнадцати) полных лет на дату начала срока страхования, и не может быть более 24 (двадцати четырёх) полных лет на дату окончания срока страхования.

Законный представитель Застрахованного

Физическое лицо, правомочное выступать в защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего Застрахованного. Законными представителями Застрахованного могут быть его родители, усыновители, опекуны или попечители.

Выгодоприобретатель

Одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем с письменного согласия Застрахованного для получения страховой выплаты по Договору страхования.

Страховой риск

Предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Условиями страхования проводится страхование.

Базовый страховой риск

Страховой риск, который по настоящим Условиям должен быть включен в Договор страхования в обязательном порядке.

Медицинская программа

Перечень и условия предоставления медицинских и иных услуг Застрахованным при наступлении страхового случая, выбранные Страхователем при заключении Договора страхования.

Страховой случай

Свершившееся событие (реализованный с соблюдением настоящих Условий страхования и Договора страхования страховой риск), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному или Выгодоприобретателю.

Страховая сумма

Денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховые выплаты.

Страховая премия

Денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору страхования Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия может быть уплачена в рассрочку в виде страховых взносов.

Период уплаты страховой премии (страховых взносов)

Период времени, определенный Договором страхования, в течение которого Страхователь обязан уплачивать страховую премию (страховые взносы) в установленном Договором страхования порядке и размере.

Страховая выплата

Денежная сумма, установленная Договором страхования и настоящими Условиями и уплачиваемая Страховщиком Застрахованному, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Выкупная сумма

Сумма в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва по Договору страхования на день прекращения Договора страхования, выплачиваемая Страхователю при досрочном прекращении Договора страхования, условия которого предусматривают дожитие Застрахованного до определенного возраста или срока либо наступления иного события. Если договором страхования не предусмотрено иное, то выкупная сумма может быть установлена в виде числа или процента от страховой суммы (или страхового резерва или страховой премии и т.п.), а так же может равняться нулю.

Срок страхования

Период времени, определенный Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат, предусмотренных Договором страхования и настоящими Условиями.

Страховая годовщина

Календарная дата, месяц и день которой совпадают с определенной (предусмотренной) Договором страхования датой начала страхования, за исключением случаев, когда дата начала страхования по Договору приходится на 29 февраля. В случае если дата начала страхования по Договору приходится на 29 февраля, то в не високосные годы страховой годовщиной считается 28 февраля. Для целей определения страховых годовщин дата начала срока страхования является нулевой страховой годовщиной.

Год страхования

Период между ближайшими Страховыми годовщинами.

Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы)

Чрезвычайные и непредотвратимые при данных условиях обстоятельства. Под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают: военные действия и их последствия, 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.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска

Смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском, которая может привести к травмам и / или профессиональным заболеваниям, переезд в другую страну на срок свыше 1 года, начало регулярных занятий травмоопасными видами спорта и отдыха, предполагающими участие в тренировках, соревнованиях (включая ныряние с аквалангом, занятия парашютным спортом, полеты на вертолете, дельта и парапланеризм, альпинизм, скалолазание, экстремальный туризм, спелеология, рафтинг, автоспорт и мотоспорт, катание на водных мотоциклах, скутерах, регулярные занятия конным спортом, контактные единоборства), объективно связанные с повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ или заболевание СПИДом, а также изменение иных обстоятельств, оговоренных страховщиком (например, в письменном запросе, заявлении на страхование, договоре страхования). Так же фактором существенного увеличения степени страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп инвалидности, профессиональной нетрудоспособности.

Период ожидания

Отрезок времени с момента заключения Договора страхования до момента вступления Договора страхования в силу в отношении части риска, одного или нескольких рисков, указанных в Договоре страхования.

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

Болезнь (заболевание) — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем.

Заболевание включает в себя все патологические состояния, явившиеся следствием одной причины или группы взаимосвязанных причин. Заболевание считается продолжением предыдущего заболевания, если оно явилось следствием той же причины или взаимосвязанной причины. Заболевание считается отдельным заболеванием, если оно явилось следствием отдельной причины.

Врач-эксперт — специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом

зависящим от Застрахованного (Страхователя / Выгодоприобретателя), и имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации).

Диагностирование – комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание патологических состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний. Диагностированием считается также мнение, полученное посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных истории его жизни и здоровья, осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях установления диагноза заболеваний, проведенных квалифицированными врачами аккредитованной Страховщиком медицинской организации, в которую Застрахованное лицо впервые обратилось в течение срока страхования.

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

Медицинская помощь — комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного лица в поддержании и восстановлении здоровья.

Лекарственные препараты - любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта. Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

Медицинская экспертиза - проводимые в установленном порядке исследования с целью установления состояния здоровья человека, определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий и/или факторов и состоянием здоровья Застрахованного.

Представитель Страховщика – аккредитованная Страховщиком сервисная компания, организующая оказание/оказывающая Застрахованному медицинских и иных услуг.

Транспортировка – перемещение Застрахованного лица и двоих сопровождающих лиц (а также живого донора в случае трансплантации) в связи с проведением лечения, рекомендованным Страховщиком, транспортом от места постоянного проживания (на территории Российской Федерации) до лечебного учреждения (за пределами Российской Федерации) в соответствии с условиями Договора и выбранной Медицинской программой и обратно из лечебного учреждения до места постоянного места проживания (на территории Российской Федерации).

Иные услуги – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Медицинскую программу, в том числе: транспортировка, сервисные услуги (проживание, питание и услуги по медицинскому уходу, предоставленные Застрахованному во время пребывания в лечебном учреждении, и двоим сопровождающим лицам (а также донору в случае трансплантации), оплата услуг переводчика и телефонной связи, связанные с медицинской необходимостью, репатриация Застрахованного лица (или донора в случае его смерти, непосредственно связанной с трансплантацией), проживание в гостинице (отеле) Застрахованного лица (двоих сопровождающих лиц), необходимые по медицинским показаниям, оформление Представителем страховщика/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, различной медицинской документации.

Протезирование или имплантация — комплекс медицинских услуг в рамках Медицинской программы, направленных на полную или частичную замену с целью восстановления функции отсутствующих, не действующих либо действующих с нарушениями органов или частей тела.

Злокачественные опухоли — подтвержденное врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования патологическое изменение тканей Застрахованного, характеризующееся неконтролируемым размножением клеток, отсутствием клеточной дифференцировки, способностью к инвазии и метастазированию.

Аорто-коронарное шунтирование — оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии одной или более коронарных артерий, путем создания шунта между аортой и коронарными артериями. Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие проведенной коронарной ангиографии.

Трансплантация - это операция по замещению тканей или органов Застрахованного взятыми из другого организма или созданными искусственно тканями или органами.

Репатриация – комплекс услуг, связанных с транспортировкой останков Застрахованного лица (либо донора) к месту, где ранее постоянно проживало Застрахованное лицо (либо донор) в связи со смертью Застрахованного лица, произошедшей в процессе проведения лечения заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.

Экспериментальное лечение – терапевтические или хирургические методы лечения, не являющиеся общепринятыми в рамках Всемирной организации здравоохранения в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

1. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ (далее Основные условия)

1.1. По Договору страхования в соответствии с Основными условиями Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), выплатить одновременно обусловленную Договором страхования сумму (страховую сумму, страховую выплату) в случае смерти Застрахованного или дожития Застрахованного до определенного срока;

1.2. Право на получение страховых выплат принадлежит Выгодоприобретателю;

1.3. Условия, содержащиеся в Основных условиях, и не включенные в текст Условий добровольного медицинского страхования (далее - Дополнительные условия), а также Договора страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение таких Основных условий, и сами Основные условия изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования Условий страхования должно быть удостоверено записью в Договоре;

1.4. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного Заявления на страхование, сделанного Страхователем.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные со смертью Застрахованного или с дожитием Застрахованного до определенного возраста или срока.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с Основными условиями признаются следующие события:

3.1.1. Дожитие Застрахованного до установленной Договором страхования даты (риск «Дожитие Застрахованного»);

3.1.2. Смерть Застрахованного по любой причине в течение срока страхования (риск «Смерть Застрахованного»);

3.2. Страховые риски, указанные в п.п. 3.1.1 – 3.1.2 Основных условий являются Базовыми страховыми рисками и должны быть включены в Договор страхования в обязательном порядке. По Договору страхования может быть предусмотрен риск «Обстоятельства, требующие оказания медицинских и иных услуг Застрахованному при амбулаторном и стационарном обследовании и лечении в соответствии с Медицинской программой», являющийся дополнительным риском и описанный в п.15.2. Дополнительных условий.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая сумма представляет собой денежную сумму, устанавливаемую по каждому страховому риску отдельно, исходя из которой определяются размеры страховой премии и страховой выплаты. Страховая сумма по риску «Дожитие Застрахованного» устанавливается при заключении Договора страхования постоянной на весь срок страхования, но может изменяться по соглашению Сторон в соответствии с Основными условиями. Страховая сумма по риску «Смерть Застрахованного» устанавливается в Договоре страхования на дату начала срока страхования для каждого периода страхования и указывается в Приложении № 1 к Договору страхования;

4.2. Страховой суммой по риску, указанному в п. 15.2. Дополнительных условий, является денежная сумма, которая определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком, в пределах которой Страховщик обязуется осуществлять страховые выплаты в соответствии с выбранной Медицинской программой;

4.3. Страховая сумма по Договору страхования по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в сумме в российских рублях, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В случае если Страховая сумма определяется в сумме в рублях, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, Страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в сумме в рублях, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях,

предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая выплата может осуществляться в иностранной валюте;

4.4. Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя;

4.5. По соглашению Сторон страховая сумма может быть увеличена или уменьшена, при этом происходит перерасчет страховой премии;

Изменение страховой суммы может осуществляться только в страховую годовщину и оформляется путем заключения дополнительного соглашения к Договору на основании заявления Страхователя;

4.6. Для принятия решения об изменении страховой суммы по Договору страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (Застрахованным) сведений, имеющих существенное значение для оценки риска. В отношении изменения страховой суммы действуют следующие условия и ограничения:

4.6.1. увеличение размера страховой суммы допускается со второй страховой годовщины;

4.6.2. уменьшение размера страховой суммы допускается не ранее шестой страховой годовщины.

При этом в случае, если Страховщик согласен с изменением страховой суммы, пересчет страховых взносов и выкупных сумм и прочих связанных с этим условий договора страхования производится Страховщиком индивидуально с применением актуарных методов расчета.

Изменение страховой суммы и прочих связанных с этим условий договора страхования производится на основании письменного дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного сторонами договора страхования;

4.7. Договором страхования может быть предусмотрено право Страховщика на начисление Дополнительного инвестиционного дохода Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования;

4.8. В целях реализации права Страховщика на начисление Дополнительного инвестиционного дохода Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования Страховщик по итогам истекшего календарного года может установить увеличенную норму доходности за соответствующий календарный год, которая используется для расчета нового значения дополнительного инвестиционного дохода;

4.9. В целях обеспечения обязательств по Договору страхования, предусматривающему право Страховщика на начисление Дополнительного инвестиционного дохода Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования, Страховщик в составе страховых резервов формирует резерв страховых бонусов. Резерв бонусов является оценкой обязательств Страховщика по причитающимся к уплате страховым бонусам по договору страхования, предусматривающего участие в инвестиционном доходе страховщика. Величина дополнительного инвестиционного дохода (резерва страховых бонусов) определяется для каждого Договора страхования исходя из размера страхового резерва с учетом срока действия договора страхования в период начисления дополнительного инвестиционного дохода (резерва страховых бонусов) и размера увеличенной нормы доходности, принятой Страховщиком для расчета страховых тарифов и/или принятой Страховщиком для расчета страховых резервов. Дополнительный инвестиционный доход (резерв страховых бонусов) определяется (начисляется) Страховщиком на дату окончания срока действия, дату досрочного прекращения Договора страхования или по итогам календарного года.

При определении для целей расчета резерва бонусов фактической (увеличенной) нормы доходности за календарный год, в расчет принимаются активы, суммарно покрывающие в течение этого года обязательства по программам страхования жизни, по которым предусмотрена возможность участия страхователя (иного лица, в пользу которого заключен договор страхования) в инвестиционном доходе страховщика.

В случае если Договором страхования предусмотрена выплата в виде ренты/пенсии, участие Страхователя (иного лица, в пользу которого заключен договор страхования) в инвестиционном доходе Страховщика возможно только в течение накопительного периода. В течение периода выплаты ренты/пенсии дополнительная доходность не начисляется и резерв бонусов не увеличивается.

В случае если в портфеле страховщика есть договоры, предусматривающие участие страхователя (иного лица, в пользу которого заключен договор страхования) в инвестиционном доходе страховщика и страховая сумма в которых выражена в сумме в рублях, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, то расчет фактической нормы доходности может производиться как отдельно в отношении каждой из таких валют, так и в отношении групп валют. Расчет в отношении каждой валюты (группы валют) производится на основе активов, выраженных в этой валюте/валютах (эквиваленте валюты/эквивалентах валют).

На основе выбранных активов определяется величина нормы доходности от инвестиционной деятельности компании, к которой для определения фактической (увеличенной) нормы доходности

за календарный год страховщик может применять понижающий коэффициент от 0 (включая) до 1 (включая), который утверждается Приказом Генерального директора.

Фактическая (увеличенная) норма доходности по итогам календарного года, участвующая в расчёте резерва бонусов, утверждается Приказом Генерального директора.

Страховщик имеет право не объявлять ставку фактической доходности по итогам календарного года. В этом случае резерв бонусов не увеличивается.

Если ставка за календарный год объявлена, то расчет новой величины бонусов определяется следующим образом:

Значение резерва бонусов по итогам календарного года =

Значение резерва бонусов по итогам предыдущего календарного года * (1 + фактической (увеличенной) нормы доходности за календарный год)

+ среднее значение математического резерва по рискам «Дожитие Застрахованного» и «Смерть Застрахованного» в течение календарного года

* положительное значение выражения (фактической (увеличенной) нормы доходности за календарный год - номинальная норма доходности, используемая при расчете страховых тарифов по данному договору страхования и/или техническая норма доходности, принятая страховщиком для расчета страховых резервов)

* часть календарного года, предшествующего дате расчета, в течение которой действовал договор страхования.

Конкретная интерпретация формулы определяется Страховщиком.

4.10. Дополнительный инвестиционный доход (резерв страховых бонусов) может быть использован для:

4.10.1. Выплаты в дополнение к страховой сумме в случае смерти Застрахованного по любой причине или в случае дожития Застрахованного до установленной Договором страхования даты;

4.10.2. Выплаты в составе выкупной суммы при досрочном прекращении Договора страхования;

4.11. Резерв страховых бонусов формируется только в составе страховых резервов по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1. и 3.1.2. Основных условий, предусматривающим участие Страхователя (иного лица, в пользу которого заключен Договор страхования) в инвестиционном доходе Страховщика. Дополнительный инвестиционный доход предусмотрен только в рамках Основных условий страхования;

4.12. На даты, следующие за датой окончания срока действия или досрочного прекращения договора страхования, участие Страхователя (иного лица, в пользу которого заключен договор страхования) в инвестиционном доходе Страховщика прекращается;

4.13. Решение об объявлении увеличенной нормы доходности за истекший календарный год принимается приказом Генерального директора Страховщика. В случае если увеличенная норма доходности объявлена, эта информация доводится до сведения Страхователей в письменном виде по почте и/или размещается на Интернет-сайте Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Страховая премия представляет собой плату за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе разработанных компанией базовых тарифов с учетом характера страхового риска, срока страхования, пола, возраста Застрахованного. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам индивидуальные повышающие / понижающие коэффициенты в зависимости от срока и порядка уплаты страховой премии (страховых взносов), а также от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, в том числе связанных с состоянием Здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельностью, образом жизни, увлечениями и способами проведения досуга;

5.2. Страховая премия (страховые взносы) по Договору страхования по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в сумме в рублях, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В случае если Страховая премия (страховые взносы) определяется в сумме в рублях, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, уплата Страховой премии (страхового взноса) Страхователем осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон;

5.3. Страховая премия по рискам, указанным в п.п. 3.1.1. и 3.1.2. Основных условий, уплачивается в рассрочку в виде периодических страховых взносов с периодичностью раз в год. Страховая премия по риску, указанному в п. 15.2. Дополнительных условий, уплачивается раз в год. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) устанавливаются Договором страхования (дополнительными соглашениями к нему);

5.4. Уплата страховой премии (страховых взносов) может производиться наличными деньгами в кассу Страховщика (его уполномоченному представителю) или по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя);

5.5. При уплате страховой премии (страховых взносов) безналичным путем датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денег на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличным платежом датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денег в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю в порядке, предусмотренном действующим законодательством;

5.6. В случае неуплаты первого страхового взноса по Договору страхования в размере и сроки, установленные Договором страхования, Договор считается не вступившим в силу, и страховые выплаты по нему не производятся;

5.7. Очередные страховые взносы по Договору страхования уплачиваются до дат, указанных в Договоре страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса по Договору страхования длительностью 20 (двадцать) календарных дней с даты, указанной в Договоре страхования как дата уплаты очередного взноса. Договором страхования может быть предусмотрено, что льготный период не предоставляется или предоставляется на другой срок. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то для уплаты первого страхового взноса по Договору страхования льготный период не предоставляется. Если по истечении льготного периода очередной страховой взнос по Договору страхования не будет уплачен / будет уплачен не полностью, то Договор страхования считается расторгнутым с 23 часов 59 минут даты начала льготного периода (даты, указанной как дата уплаты очередного взноса). Выкупная сумма, выплачиваемая Страхователю в связи с досрочным прекращением Договора страхования в этом случае, рассчитывается на дату досрочного прекращения Договора страхования (дату начала льготного периода) в соответствии с условиями Договора страхования. Если страховой случай наступит в течение льготного периода, Страхователь вправе получить страховую выплату либо Застрахованный вправе требовать предоставления медицинских и иных услуг, определенных в Договоре страхования в соответствии с Медицинской программой, только при условии уплаты очередного страхового взноса по Договору страхования, внесение которого просрочено, в размере, указанном в Договоре страхования, до даты наступления страхового случая;

5.8. В случае если Договором страхования предусмотрено, что льготный период не предоставляется, то в случае неуплаты/неполной уплаты очередного страхового взноса по Договору страхования в установленные Договором страхования сроки, Договор страхования прекращает свое действие с 23 часов 59 минут даты, указанной как дата для уплаты очередного страхового взноса, если иное не предусмотрено Договором страхования;

5.9. По поручению Страхователя страховую премию (страховые взносы) может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по Договору страхования оно не приобретает. О данном поручении Страхователь обязан поставить в известность Страховщика не позднее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты уплаты страховой премии (страхового взноса);

5.10. Для принятия решения об изменении размера страховых взносов по Договору страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (Застрахованным) сведений, имеющих существенное значение для оценки риска.

5.11. В отношении изменения размера страхового взноса по Договору страхования действуют следующие условия и ограничения:

5.11.1. увеличение размера страхового взноса по Договору страхования допускается со второй страховой годовщины,

5.11.2. уменьшение размера страхового взноса по Договору страхования допускается не ранее шестой страховой годовщины.

5.12. В случае если Страховщик согласен с изменением размера страхового взноса по Договору страхования, пересчет страховых сумм, страховых взносов, выкупных сумм и прочих связанных с этим условий Договора страхования производится Страховщиком индивидуально с применением актуарных методов расчета;

5.13. Изменение страхового взноса по Договору страхования и прочих связанных с этим условий Договора страхования производится на основании письменного дополнительного соглашения к Договору страхования, подписанного сторонами Договора страхования;

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного заявления Страхователя путем составления одного документа - Договора страхования, подписанного Страховщиком и Страхователем;

6.2. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату, а Страхователь обязуется оплатить страховую премию в установленные Договором страхования размере и сроки;

6.3. В Договоре страхования и приложениях к нему Страхователь (Застрахованный) сообщает/указывает точные и полные сведения о Застрахованном и другую необходимую информацию, имеющую существенное значение для заключения Договора страхования, определения вероятности наступления страховых случаев и размеров возможного ущерба от их наступления. Сведения, указанные в Договоре страхования и приложениях к нему, удостоверяются подписью Страхователя (Застрахованного).

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о Застрахованном, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным;

6.4. Если иное не указано в Договоре страхования, Договор страхования в соответствии с Основными условиями (по Базовым рискам, указанным в п.п. 3.1.1., 3.1.2. Основных условий) заключается на срок 7 (семь) лет;

6.5. Если иное не указано в Договоре страхования, Договор страхования в соответствии с Дополнительными условиями (по риску, указанному в п. 15.2. Дополнительных условий) заключается на срок 1 (один) год. Срок страхования по риску, указанному в п. 15.2. Дополнительных условий, прописывается в Договоре страхования, а также в Медицинской программе;

6.6. Договор страхования заключается одновременно по рискам, указанным в п.п. 3.1.1., 3.1.2. Основных условий и п. 15.2. Дополнительных условий. Изолированное действие Договора страхования в соответствии с настоящими Условиями в отношении риска, указанного в п. 15.2. Дополнительных условий, не допускается;

6.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой уплаты первого страхового взноса по Договору страхования;

6.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, действие Договора страхования в отношении риска, указанного в п. 15.2. Дополнительных условий, продлевается (продлонгируется) ежегодно на следующий год на тех же условиях (размер страховой премии и порядок ее уплаты, размер страховой суммы устанавливаются как на дату заключения настоящего Договора) при условии уплаты страховой премии по данному риску в полном объеме, а также при условии уплаты в полном объеме очередного страхового взноса по Договору страхования. При этом общее количество пролонгаций Договора страхования в части риска, указанного в п. 15.2. Дополнительных условий, не может превышать шести;

6.9. Дата окончания последнего срока страхования по риску, указанному в п. 15.2. Дополнительных условий, не может превышать дату окончания срока страхования по Базовым рискам, указанным в п.п. 3.1.1., 3.1.2. Основных условий;

6.10. Стороны Договора должны соблюдать следующие требования к направляемым друг к другу уведомлениям:

6.10.1. любое направляемое уведомление или любое согласие, выражаемое в соответствии с Договором, должно быть выполнено в письменной форме и доставляться Страхователем или его уполномоченным представителем, с одной стороны, либо уполномоченным представителем Страховщика, с другой стороны, либо путем предоплаченного почтового отправления (с уведомлением о вручении), либо путем курьерского отправления;

6.10.2. адреса отправления по почте должны быть указаны в Договоре страхования, а если Страхователь или Страховщик изменяют свой адрес, они должны направить соответствующее письменное уведомление другой стороне по Договору в течение 15 календарных дней после такого изменения, если Договором страхования не установлено иное;

6.11. В случае утраты Договора страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат Договора страхования на основании письменного заявления Страхователя.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. По соглашению Сторон в Договор страхования могут быть внесены изменения, касающиеся персональных данных Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, замены, исключения, добавления Выгодоприобретателя, изменения доли страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.1., 3.1.2. Основных условий, для каждого Выгодоприобретателя;

7.2. При отсутствии страховых случаев в течение срока страхования Договор прекращается на дату окончания срока страхования, указанного в Договоре.

При наличии страховых случаев в течение срока страхования Договор страхования прекращается на дату исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме, в случае если все обязательства по Договору страхования были исполнены Страховщиком до окончания срока страхования. В противном случае Договор страхования прекращается на дату окончания срока страхования, однако обязательства Сторон по Договору страхования действуют до их исполнения;

7.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

7.3.1. Просрочка уплаты очередного страхового взноса по Договору страхования. Договор страхования прекращается досрочно в порядке и сроки, предусмотренные Основными условиями и Договором страхования, если только иное прямо не оговорено в Договоре страхования. Договор страхования прекращается в 23 часа 59 минут даты, указанной в Договоре страхования как дата уплаты очередного взноса по Договору страхования;

7.3.2. Исполнение Страховщиком своих обязательств в соответствии с Основными условиями в полном объеме. Договор страхования прекращается при этом на дату исполнения Страховщиком своих обязательств;

7.3.3. Отказ Страхователя от Договора страхования;

7.3.4. Признание Договора страхования недействительным по решению суда. Договор страхования прекращается с даты, указанной в решении суда;

7.3.5. По соглашению сторон. Договор страхования прекращается с даты, указанной в Соглашении;

7.3.6. Смерть Страхователя–физического лица или ликвидация Страхователя–юридического лица, если только обязанность Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов) не была исполнена в полном объеме и / или иное лицо не приняло на себя права и обязанности по Договору страхования. Договор страхования прекращается с даты смерти Страхователя – физического лица либо с даты внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц в отношении Страхователя–юридического лица;

7.3.7. В иных случаях, предусмотренных законодательством;

7.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при досрочном прекращении Договора страхования, предусматривающего дожитие Застрахованного до определенного возраста или срока, кроме случаев, предусмотренных п. 7.11. настоящих Условий, Страхователю возвращается сумма в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва по Договору страхования на день прекращения Договора страхования (выкупная сумма). Выкупная сумма в первый год страхования по Договору страхования равна нулю;

7.5. Размер выкупной суммы, подлежащей выплате в связи с досрочным прекращением Договора страхования, рассчитывается на дату досрочного прекращения Договора страхования в соответствии с условиями, установленными Договором страхования, и уменьшается на величину всех задолженностей Страхователя по данному Договору страхования, в том числе подлежащих уплате на дату прекращения Договора страхования, но не уплаченных, уплаченных не полностью страховых взносов по рискам, указанным в п.п. 3.1.1. – 3.1.2. Основных условий. При этом Страховщик выплачивает Страхователю выкупную сумму, соответствующую тому периоду страхования, на который приходится дата прекращения, при условии уплаты установленного в Договоре страхового взноса по Договору страхования за данный период. В случае если страховой взнос по Договору страхования за тот период страхования, в котором происходит прекращение Договора, не уплачен или уплачен не в полном объеме, Страхователь вправе претендовать на выкупную сумму за последний из истекших периодов страхования, страховой взнос по которому уплачен в полном объеме, а также на возврат уплаченного не полностью очередного страхового взноса (если Договор прекращен в связи с неполной уплатой очередного страхового взноса);

7.6. Руководствуясь п. 1 ст. 452, п. 2 ст. 958 ГК РФ Страхователь, заключая договор страхования, соглашается с тем, что письменное соглашение о прекращении договора страхования в соответствии с п. 5.7. Основных условий не заключается. Страхователю направляется уведомление о прекращении Договора страхования;

7.7. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Об этом Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика;

7.8. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования оплаченная Страховщику страховая премия в части риска, указанного в п. 15.2. Дополнительных условий, не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования;

7.9. В случаях, предусмотренных Договором страхования и Условиями, действующим законодательством РФ, Страховщик вправе потребовать досрочного расторжения договора страхования или признания его недействительным с возмещением убытков, причиненных

расторжением договора или признания его недействительным, в соответствии с действующим законодательством РФ;

7.10. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Основных условий, в соответствии Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление в т. ч. Выгодоприобретателю(ям) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплат страхового возмещения и другую имеющую отношение к Договору страхования информацию.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия договора страхования. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления;

7.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае прекращения Договора страхования в течение первых четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (страхового взноса) вследствие одностороннего отказа Страхователя от Договора, уплаченная страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату в полном объеме, а Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим в период с даты заключения Договора страхования. При этом в случае если по Договору уже производились страховые выплаты, либо у Страховщика имеются заявления Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) о наступлении по настоящему Договору страхового случая в течение первых четырнадцати календарных дней со дня его заключения, уплаченная страховая премия (страховой взнос) возврату не подлежит.

Если Договор прекращается по истечении срока, указанного в абзаце 1 настоящего пункта, но до окончания срока, на который он был заключен, уплаченная страховая премия (страховой взнос) возврату не подлежит.

В случае возврата страховой премии (страхового взноса) в соответствии с абзацем 1 настоящего пункта, дополнительный инвестиционный доход не выплачивается.

В случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи заявления об отказе Страхователя от договора страхования, в соответствии с абзацем 1 настоящего пункта, Договор страхования, права и обязанности по нему, досрочно прекращаются с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования. В случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи заявления об отказе Страхователя от договора страхования, Договор страхования, права и обязанности по нему, прекращаются с 00 часов 00 минут даты подачи такого заявления.

Страховщик вправе предусмотреть более длительный срок, чем срок, указанный в абзаце 1 настоящего пункта.

7.12. В случае отказа Страхователя от договора страхования согласно п.7.11., Страховщик осуществляет возврат уплаченной страховой премии (страхового взноса) по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий десяти рабочих дней со дня получения Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, при этом дополнительное соглашение о прекращении договора страхования не оформляется. Если в заявлении об отказе Страхователя от договора страхования не указаны все необходимые данные для возврата страховой премии (страхового взноса), срок возврата Страховщиком страховой премии (страхового взноса) исчисляется с даты получения Страховщиком всех необходимых сведений. При возврате страховой премии Страховщик использует указанные в письменном заявлении страхователя сведения и не несет ответственность за последствия представления Страхователем неверных сведений.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик имеет право:

8.1.1. с целью заключения Договора страхования требовать у Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления страхового случая;

8.1.2. с целью получения информации о состоянии здоровья страхуемого лица при

заключении Договора страхования, а также с целью получения информации о состоянии здоровья Застрахованного при ежегодной пролонгации Договора страхования в части Дополнительной программы страхования направлять страхуемое лицо (Застрахованного) на медицинское обследование за свой счет, а также возмещать произведенные Страхователем (Застрахованным) расходы по предстраховому медицинскому обследованию;

8.1.3. запрашивать и проверять информацию, предоставленную Страхователем, Застрахованным, при заключении Договора страхования, а также выполнение указанными лицами условий Договора страхования и Основных и Дополнительных условий;

8.1.4. требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения страховой премии (страховых взносов) или снижения страховой суммы, если в течение срока действия договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой увеличение страхового риска, а в случае неисполнения страхователем (выгодоприобретателем) обязанности сообщить о возникновении вышеуказанных обстоятельств или отказа страхователя (выгодоприобретателя) от внесения вышеуказанных изменений в Договор страхования, требовать расторжения Договора страхования;

8.1.5. взимать дополнительную страховую премию (страховые взносы) при изменении условий Договора страхования, оформлении дополнительных соглашений к Договору в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;

8.1.6. запрашивать сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления страхового случая, у Страхователя (Застрахованного);

8.1.7. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, подтверждающими отсутствие оснований для признания свершившегося события страховым случаем или дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

8.1.8. самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая;

8.1.9. требовать от Выгодоприобретателя (его законных представителей) выполнения 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, несёт Выгодоприобретатель (его законные представители);

8.1.10. направить Застрахованного и/или документы, предоставленные при наступлении страхового события, на дополнительные медицинские исследования и/или независимую экспертизу, в целях установления факта наступления страхового случая или сведений, предоставленных при заключении договора страхования;

8.1.11. отказать в страховой выплате в случае, если Страхователь (Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных Основными и Дополнительными условиями и Договором страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым;

8.1.12. отсрочить страховую выплату в том случае, если:

- правоохранительными органами возбуждено уголовное дело по факту страхового случая/в связи со страховым случаем, в том числе с обстоятельствами наступления страхового случая, против Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя - до окончания уголовного расследования;

- начато судебное разбирательство в отношении страхового случая – до момента вступления судебного акта в законную силу при отсутствии факта его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию.

- Застрахованный направлен Страховщиком для прохождения дополнительных медицинских исследований и/или независимой экспертизы;

- документы, предоставленные для получения страховой выплаты, направлены Страховщиком на проведение независимой экспертизы.

8.1.13. отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных Дополнительными условиями или Договором страхования;

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

8.1.14. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных

- медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;
- 8.1.15. запрашивать у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) сведения о полноте и качестве оказанных услуг при заключении договора страхования, а также в ходе исполнения Страховщиком своих обязанностей по договору страхования;
- 8.1.16. давать рекомендации Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) по предупреждению наступления страховых случаев;
- 8.2. Страхователь имеет право:
- 8.2.1. получать информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
- 8.2.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;
- 8.2.3. получать расчеты изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчеты страховой выплаты или выкупной суммы (если такие условия предусмотрены договором страхования жизни), информацию о способах начисления и об изменении размера инвестиционного дохода по договорам страхования жизни, заключаемым с условием участия Страхователя или иного лица, в пользу которого заключен договор страхования жизни, в инвестиционном доходе Страховщика;
- 8.2.4. в течение действия Договора страхования заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика, кроме случаев, когда заявленный в Договоре страхования Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате. Замена Выгодоприобретателя в Договоре страхования допускается лишь с письменного согласия Застрахованного;
- 8.2.5. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты;
- 8.2.6. отказаться от Договора страхования в любой момент;
- 8.2.7. получить страховую выплату при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и Основных и Дополнительных условий.
- 8.2.8. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг, определенных в Договоре страхования в соответствии с Медицинской программой;
- В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные ими лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика;
- 8.3. Застрахованный имеет право:
- 8.3.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг, определенных в Договоре страхования в соответствии с Медицинской программой;
- 8.3.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи;
- 8.3.3. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством;
- 8.4. Страховщик обязан:
- 8.4.1. выполнять условия, предусмотренные Договором страхования и Основными и Дополнительными условиями;
- 8.4.2. ознакомить Страхователя с Условиями;
- 8.4.3. после получения всех документов, необходимых для выплаты, составить страховой акт в течение 5 (пяти) рабочих дней и утвердить его либо известить Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного) в письменной форме об отказе в страховой выплате с обоснованием причин отказа;
- 8.4.4. по случаям, признанным Страховщиком страховыми, произвести страховую выплату после утверждения страхового акта в течение 5 (пяти) рабочих дней, если Договором страхования не предусмотрен иной срок;
- 8.4.5. не разглашать сведения о Страхователе, Выгодоприобретателе и Застрахованном и их имущественном положении, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ. Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством;
- 8.4.6. организовать оказание медицинских услуг застрахованному лицу в соответствии с Медицинской программой, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования;
- 8.5. Страхователь (Застрахованный) обязан:
- 8.5.1. по требованию Страховщика при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его

наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, указанные в Договоре страхования и приложениях к нему;

8.5.2. письменно информировать Страховщика обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование / предложено заключить договор страхования с применением повышающих коэффициентов к страховому тарифу;

8.5.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в Договоре страхования;

8.5.4. незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение страхового риска, при этом значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и Основных и Дополнительных условиях;

8.5.5. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, сообщить об этом Страховщику в срок не позднее 30 календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении страхового случая. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления события может быть исполнена Выгодоприобретателем или, при отсутствии такового, наследниками Застрахованного;

8.5.6. при обращении за страховой выплатой, в случаях, когда Страхователь является Выгодоприобретателем, предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 9 Основных условий. Данная обязанность распространяется также на Выгодоприобретателя при обращении за выплатой;

8.5.7. предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к событию, обладающему признаками страхового случая;

8.5.8. возратить Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с Основными и Дополнительными условиями полностью или частично лишает Страхователя или Выгодоприобретателя права на страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя, в зависимости от того, кто именно получил такую страховую выплату;

8.5.9. информировать Страховщика о начале занятий опасными видами спорта и отдыха;

8.5.10. в случае обнаружения у него ВИЧ-инфекции или СПИДа сообщить об этом Страховщику в течение тридцати дней с даты, когда ему стало об этом известно;

8.5.11. выполнять другие обязанности, возложенные на него Договором страхования и Основными и Дополнительными условиями;

8.5.12. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

8.5.13. немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в Договоре страхования;

8.6. Застрахованный обязан:

8.6.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями Договора страхования;

8.6.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией, оказывающей услуги;

8.6.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховые документы с целью получения другим лицом медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие Договора страхования в отношении риска, указанного в п. 15.2.

Дополнительных условий. Возврат страховой премии по риску, указанному в п. 15.2. Дополнительных условий, в этом случае не производится.

9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

9.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату Застрахованному (Выгодоприобретателю) в соответствии с условиями Договора страхования, независимо от причитающихся ему сумм по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению причиненного ему вреда в соответствии с гражданским законодательством со стороны третьих лиц.

9.2. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о страховой выплате, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате/отсутствии оснований для признания свершившегося события страховым случаем.

9.3. В случае принятия положительного решения Страховщик составляет страховой Акт по установленной форме в течение 5 (пяти) рабочих дней и утверждает его. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента утверждения страхового Акта, если Основными условиями и/или Договором страхования не установлен иной порядок выплаты.

9.4. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате или отсутствии оснований для признания свершившегося события страховым случаем, Страховщик в письменной форме мотивированно информирует об этом лицо, претендующее на получение страховой выплаты, в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения Страховщиком.

9.5. Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке, дата оформления почтового перевода или выдачи их наличными из кассы. Перевод выплаты по почте осуществляется за счет средств получателя выплаты, если в Договоре страхования не указано иное. Выплата на банковский счет получателя выплаты осуществляется за счет средств Страховщика, если в Договоре страхования не указано иное.

9.6. Для получения страховой выплаты по факту наступления страхового случая Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

9.6.1. При наступлении страхового случая по риску «Дожитие Застрахованного»:

- заполненное Застрахованным (Выгодоприобретателем) Заявление на страховую выплату;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного (Выгодоприобретателя, представителя Застрахованного/Выгодоприобретателя);
- если выплату получает представитель Застрахованного (Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;
- оригинал Договора страхования и всех дополнений к нему (представляются по требованию Страховщика);
- квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме (представляются по требованию Страховщика).

9.6.2. При наступлении страхового случая по риску «Смерть Застрахованного» Страхователь (Выгодоприобретатель) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, обязан не позднее, чем в срок 30 календарных дней уведомить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зарегистрировать поступление данного сообщения (письменным заявлением, по почте, по электронной почте, по факсимильной связи, телеграммой).

9.6.3. Для получения страховой выплаты по риску «Смерть Застрахованного» Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

- заполненное Выгодоприобретателем Заявление на страховую выплату;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- если выплату получает представитель Выгодоприобретателя – нотариально удостоверенная доверенность или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;
- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти, выданного органом ЗАГС.

В случае смерти, наступившей за пределами РФ, необходимо предоставить подтверждение посольства или консульства того государства, которое выдало документы, что полученные документы являются официальным свидетельством этого государства о смерти;

- копии предусмотренных действующим законодательством документов, содержащих сведения о причине смерти Застрахованного (медицинское свидетельство о смерти, заключение судебно-медицинской экспертизы, справка о смерти);

- посмертный эпикриз (выписка из истории болезни с посмертным диагнозом) - в случае смерти в больнице;

Посмертный эпикриз/амбулаторная карта/выписка из амбулаторной карты должны быть заверены подписью главного врача медицинской организации, штампом и печатью медицинской организации;

- Свидетельство о праве на наследство по закону (в случаях, если Выгодоприобретатель не назначен);
 - оригинал или копия Договора страхования и всех дополнений к нему;
- По требованию Страховщика предоставляются следующие документы:
- квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;
 - копия протокола патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не проводилось, то предоставляется копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);
 - копия протокола судебно-медицинского исследования трупа;
 - копия постановления о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела;
 - приговор суда, вступивший в законную силу, если было возбуждено уголовное дело;

9.7. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа;

9.8. На всех документах, представленных с заявлением на выплату, должны быть указаны имя и дата рождения застрахованного, способом, исключающим возможность их исправления, к примеру, они не должны быть вписаны простым карандашом;

9.9. Страховщик вправе организовать независимую экспертизу представленных для выплаты документов;

9.10. В случае если Выгодоприобретатель (получатель страховой выплаты) умер, не успев получить причитающуюся ему страховую выплату, выплата осуществляется его наследникам.

10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.1 Основных условий страховая выплата осуществляется в размере 100 % страховой суммы, определенной Договором страхования, по окончании срока страхования при условии предоставления Страховщику всех документов, подтверждающих факт и обстоятельства страхового случая в соответствии с Условиями;

10.2. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.2 Основных условий выплачивается 100% страховой суммы, установленной в Таблице страховых и выкупных сумм (Приложение № 1 к Договору страхования), соответствующей тому периоду страхования, на который приходится дата наступления страхового случая. В случае если страховой взнос за тот период страхования, в котором наступил страховой случай по данному риску, не уплачен или уплачен не в полном объеме, выплачивается страховая сумма за последний из истекших периодов страхования, страховой взнос по которому уплачен в полном объеме.

11. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховщик освобождается от Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.1.-3.1.2. Основных условий, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

- 11.1.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 11.1.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 11.1.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются путем переговоров;

12.2. При недостижении соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13. УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (Дополнительные условия)

13.1. По Договору страхования в соответствии с Дополнительными условиями Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую

другой стороной (Страхователем), организовывать оказание медицинских услуг застрахованному лицу в соответствии с Медицинской программой, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

14. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

14.1. Объектом страхования по Дополнительным условиям страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг в соответствии с Медицинской программой.

15. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

15.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию за получением медицинских и иных услуг, указанных в Медицинской программе, в результате обстоятельств, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Медицинской программой. Медицинской программой может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи;

15.2. Страховым риском признаются обстоятельства, требующие оказания медицинских и иных услуг Застрахованному при амбулаторном и стационарном обследовании и лечении в соответствии с Медицинской программой;

15.3. Конкретный перечень видов медицинской помощи и услуг приводится в соответствующей Медицинской программе, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования. По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по Медицинской программе может ограничиваться или расширяться;

15.4. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и связанных с ней услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Медицинской программой.

16. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

16.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, по риску, указанному в п. 15.2., Страхователь (Застрахованный) обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая;

16.2. При возникновении обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг Застрахованному при стационарном обследовании и лечении в соответствии с Медицинской программой Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, до обращения в медицинскую организацию (до получения медицинской помощи) сообщить Страховщику о наступлении вышеуказанных обстоятельств любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после того, как ему стало известно о возникновении обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг Застрахованному при стационарном обследовании и лечении в соответствии с Медицинской программой (с даты установления Застрахованному диагноза заболевания, подлежащего лечению методами, указанными в Договоре страхования);

16.3. Предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая и определения размера страховой выплаты;

16.4. Для организации медицинских услуг по Медицинской программе в лечебной части Страхователем (Застрахованным) предоставляются Страховщику следующие документы:

16.4.1. заявление о страховом случае;

16.4.2. копию Договора страхования;

16.4.3. направление лечащего врача на плановое стационарное лечение;

16.4.4. медицинский документ медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);

16.4.5. результаты проведенных обследований;

16.4.6. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;

16.4.7. медицинский документ по обращениям или их отсутствию - за последние 5 (пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания);

16.5. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы у Страхователя (Застрахованного), а также сведения, связанные со страховым случаем, у медицинских организаций и других предприятий и учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

16.6. После получения Заявления о страховом случае и полного пакета документов, предусмотренного Дополнительными условиями, Страховщик в течение 3 (трёх) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик в течение 3 (трёх) рабочих дней письменно информирует об этом Страхователя (Застрахованного) с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов.

Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет не более 5 (пяти) рабочих дней со дня их предоставления;

16.7. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии с Медицинской программой в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней. При этом, если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не занимается оформлением документов, необходимых для въезда в страну, в которой будет проводиться лечение Застрахованного лица, и не несет ответственности, если Застрахованному лицу будет отказано в получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания;

16.8. При признании случая не страховым Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Медицинской программы с указанием причин;

16.9. Выбор медицинской организаций для получения услуг, предусмотренных договором страхования и Медицинской программой, осуществляется Страховщиком;

16.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования и Медицинской программой, Страховщик не оплачивает следующие расходы:

- визовый сбор;
- билеты;
- проживание в отеле.

17. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

17.1. Оплата медицинских и иных услуг, предусмотренных Медицинской программой, осуществляется в пределах страховой суммы по риску, указанному в п. 15.2., медицинским и иным организациям, оказавшим Застрахованному указанные в Договоре услуги;

17.2. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены Договором страхования, при предоставлении соответствующих документов;

17.3. Страховщик не оплачивает часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму;

17.4. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается к Страховщику в порядке, указанном в п. 16.1. – 16.10. Дополнительных условий;

17.5. Размер страховой выплаты рассчитывается из стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с Медицинской программой, но не более страховой суммы, установленной договором страхования.

18. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

18.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

18.1.1. если Застрахованный предоставил неверные сведения о себе при заключении договора страхования;

18.1.2. установления факта передачи Застрахованным страховых документов другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования;

18.1.3. диагностирования у Застрахованного предусмотренных Медицинской программой заболеваний и состояний до даты начала срока страхования или после окончания срока

страхования, или во время Периода ожидания, медицинское лечение, которое было запланировано, или необходимость в котором была известна до момента заключения Договора страхования;

18.1.4. врожденного порока или заболевания;

18.1.5. употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания врача, заболеваний Застрахованного, вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ;

18.1.6. совершения или попытки совершения Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

18.1.7. умышленных действий Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая; причинения Застрахованным себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

18.1.8. участия Застрахованного в гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, революции, мятеже, погромах, бунтах, акциях саботажа;

18.1.9. работы Застрахованного, связанной с повышенным риском, а именно: работы с химическими веществами и газами, включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины, взрывчатыми веществами, ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

18.1.10. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования или во время периода ожидания;

18.1.11. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Договором страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

18.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

18.1.13. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

18.1.14. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменения;

18.1.15. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по поводу осложнений беременности, прерывания беременности, родовспоможения, кесарева сечения, операций, относящихся к оплодотворению и/или лечению бесплодия и/или добровольной стерилизации;

18.1.16. получения Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации, физиотерапии, альтернативной медицине;

18.1.17. проведения Застрахованному медицинского лечения, за пределами стран, указанных в Медицинской программе;

18.1.18. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операции по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

18.1.19. занятиями Застрахованного 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 (например, 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, прыжки с канатом;

18.1.20. Экспериментальная операция и/или операция, требующая утверждения Хельсинкской комиссии, и/или утверждения любого другого органа, заменяющего Хельсинкскую комиссию;

18.1.21. Трансплантация органов, операция или лечение по пересадке костного мозга, если Застрахованным не приобретено страховое покрытие, включающее трансплантацию органов;

18.1.22. Обследование, лабораторные анализы, рентгенография, радиотерапия, инъекции, капельное вливание, обследование/я и диагностическая визуализация, такая как КТ и МРТ, в стране проведения лечения, если они не являются частью лечения;

18.1.23. Расходы на полет и проживание Застрахованного, включая сопровождающих застрахованного лиц, если не было приобретено страховое покрытие, включающие расходы на транспорт и проживание;

18.2. Страховщик не будет нести обязательств в отношении качества медицинских и/или каких-либо других услуг, предоставляемых Застрахованному в рамках данного страхования;

18.3. Страховщик не несет ответственности за какой бы то ни было ущерб, причиненный Застрахованному Поставщиком медицинских и других услуг, и/или их действий или ошибок;

18.4. В случаях, попадающих под действие п. 18.1. настоящего раздела Дополнительных условий, события и деяния признаются таковыми на основании медицинских документов или иных документов, доказывающих факт и обстоятельства наступления указанных событий. При этом решение об осуществлении страховой выплаты/отказе в страховой выплате может быть отложено вплоть до предоставления таких документов;

18.5. Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренным Договором страхования, в случаях предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

18.5.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

18.5.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

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

19. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ

19.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан письменно уведомлять Страховщика обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Обо всех значительных изменениях Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязаны незамедлительно, но, во всяком случае, не позднее 24 часов, с момента, когда им стало известно об этом, уведомить Страховщика любым доступным способом (в том числе по телефону или факсу), и не позднее 3-х дней сообщить Страховщику в письменной форме с приложением документов, подтверждающих эти изменения.

Значительными признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования, и в Дополнительных условиях, которыми, в частности, являются:

- получение группы инвалидности;

- участие Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

- постановка на учет в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

19.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в части риска, указанного в п. 15.2. Дополнительных условий;

19.3. В случае отсутствия уведомления или несвоевременного уведомления Страховщика об обстоятельствах, изложенных в пункте 19.1 настоящих Условий, или в случае возражения Страхователя против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии в соответствии с п.19.2. Дополнительных условий Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования с момента изменения обстоятельств, существенно влияющих на степень страхового риска, и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования;

19.4. Независимо от того, наступило ли повышение степени риска или нет, Страховщик имеет право в течение срока действия договора страхования проверять состояние Застрахованного, а также правильность сообщенных Страхователем сведений.

Приложение № 1 к Условиям страхования жизни и добровольного медицинского страхования (вариант 2) , утвержденным приказом генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Слюсаря А.В. от 25.12.2017 № 218/01

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОГРАММЫ

«БАЗОВАЯ»

Если иное не указано в Договоре страхования, возраст Застрахованного по настоящей Программе составляет не менее 3 (трёх) полных лет и не более 17 (семнадцати) полных лет на дату заключения Договора страхования.

Страховая сумма по настоящей Программе (на каждый год страхования) составляет 4 500 000 (четыре миллиона пятьсот тысяч) рублей.

Минимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год.

Максимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 7 (семь) лет при условии ежегодной пролонгации в соответствии с Договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

I. Диагностическая часть

Начало срока страхования по настоящей Программе в диагностической части наступает с момента вступления Договора страхования в силу.

1. Диагностическая часть Программы покрывает следующие медицинские услуги:
 - 1.1. 3 (три) консультации врачей-специалистов в течение года страхования;
 - 1.2. Общие лабораторные исследования: общеклинические, биохимические;
 - 1.3. Основные инструментальные исследования: ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, почек, надпочечников, электрокардиография стандартная с расшифровкой;

Услуги, указанные в п.п. 1.2. – 1.3., предоставляются однократно в течение года страхования.

Территория действия страхования в диагностической части – Российская Федерация.

Полный перечень предоставляемых услуг в диагностической части определяется Страховщиком по согласованию с Медицинской организацией, проводящей обследование, индивидуально для каждого Застрахованного и может быть изменён Страховщиком в одностороннем порядке.

II. Лечебная часть

Территория действия страхования в лечебной части - государство Израиль.

Перечень медицинских организаций Израиля включает, но не ограничивается: Медицинский Центр Ассута (Assuta), Тель-Авив; Медицинский Центр Герцлия (Herclia Medical Center); Медицинский Центр Сураски (Suraski), Тель-Авив; Медицинский Центр им. И. Рабина, Петах Тиква; Академический Медицинский Центр Шеба (Sheba), Тель-Ашомер; Медицинский Центр Рамбам (Rambam), Хайфа; Медицинский центр Ассаф-Харофех ("Assaf-Harofeh"), Ришон-Ле-Цион; Медицинский Центр Хадаса (Hadasa), Иерусалим; Медицинский Центр Мейр (Meir), Кфар-Саба.

Медицинская организация, оказывающая медицинские услуги Застрахованному, определяется и утверждается Страховщиком с учётом профильности медицинской организации и характера обстоятельств, требующих оказания медицинских услуг.

Начало срока страхования по настоящей Программе в лечебной части наступает по истечении 300 (трёхсот) календарных дней (Период ожидания) с момента вступления Договора страхования в силу. Данное ограничение распространяется только на первый год действия Договора страхования.

2. Лечебная часть Программы покрывает следующие операции и/или другие медицинские услуги:

- 2.1. Операции на центральной и периферической нервной системе:

- 2.1.1. Иссечение тканей головного мозга;
- 2.1.2. Иссечение поражённых тканей головного мозга;
- 2.1.3. Стереотаксическая абляция тканей головного мозга;

- 2.1.4. Иссечение периферического нерва;
- 2.1.5. Абляция периферического нерва;
- 2.1.6. Экстирпация пораженного периферического нерва;
- 2.1.7. Иссечение цервикального симпатического нерва;
- 2.2. Онкология:
 - 2.2.1. Включает:
 - 2.2.1.1. Хирургические методы лечения;
 - 2.2.1.2. Лучевая терапия;
 - 2.2.1.3. Химиотерапия;
 - 2.2.1.4. Иммунотерапия;
 - 2.2.1.5. Гормонотерапия;
 - 2.2.2. Не включает:
 - 2.2.2.1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения *Carcinoma in situ*, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые;
 - 2.2.2.2. Злокачественную меланому класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
 - 2.2.2.3. Заболевания кожи следующих типов:
 - Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
 - 2.2.2.4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
 - 2.2.2.5. Любая опухоль предстательной железы стадии I, за исключением опухоли со степенью дифференцировки выше 6 баллов по шкале Глисона и опухоли стадии T2N0M0 и выше;
 - 2.2.2.6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L.).
- 2.3. Обследование перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций.
- 3. В соответствии с Лечебной частью настоящей Программы, Страховщик оплачивает следующие услуги:
 - 3.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинскую организацию и/или между медицинскими организациями);
 - 3.2. Медицинские услуги и лечение в стационаре:
 - 3.2.1. Консультации лечащего врача;
 - 3.2.2. Медицинская консультация перед операцией или онкологическим лечением на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
 - 3.2.3. Дополнительная медицинская консультация перед операцией или онкологическим лечением врача-эксперта на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
 - 3.2.4. Лабораторные и инструментальные исследования перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 3.2.5. Хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия, согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 3.2.6. Протезирование и имплантация части тела, утерянной в результате онкологического заболевания, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) долларов США в год на одного застрахованного согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 3.2.7. Пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия в рамках покрываемого страхового события;
 - 3.2.8. Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в течение госпитализации;
 - 3.2.9. Госпитализация на период лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) дней на сумму не более эквивалента 4 000 (четыре тысячи) долларов США в год на одного застрахованного;
 - 3.3. Экспертиза временной нетрудоспособности;
 - 3.4. Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке;

3.5. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет);

3.6. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и двоих сопровождающих от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт;

3.7. Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранной медицинской организации на период лечения;

«ОПТИМАЛЬНАЯ»

Если иное не указано в Договоре страхования, возраст Застрахованного по настоящей Программе составляет не менее 3 (трёх) полных лет и не более 17 (семнадцати) полных лет на дату заключения Договора страхования.

Страховая сумма по настоящей Программе (на каждый год страхования) составляет 9 000 000 (девять миллионов) рублей.

Минимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год.

Максимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 7 (семь) лет при условии ежегодной пролонгации в соответствии с Договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

I. Диагностическая часть

Начало срока страхования по настоящей Программе в диагностической части наступает с момента вступления Договора страхования в силу.

1. Диагностическая часть Программы покрывает следующие медицинские услуги:

- 1.1. 5 (пять) консультаций врачей-специалистов в течение года страхования для Застрахованных от 3 (трёх) полных лет до 10 (десяти) полных лет включительно и 7 (семь) консультаций врачей-специалистов в течение года страхования для Застрахованных от 11 (одиннадцати) полных лет до 17 (семнадцати) полных лет включительно;
- 1.2. Общие лабораторные исследования: общеклинические, биохимические;
- 1.3. Специальные лабораторные исследования: анализ на онкомаркеры, показатели белкового, углеводного обмена, показатели функционирования почек и печени, анализ на наличие инфекций;
- 1.4. Основные инструментальные исследования: ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, почек, надпочечников, электрокардиография стандартная с расшифровкой;
- 1.5. Специальные инструментальные исследования: магнитно-резонансная томография для Застрахованных от 11 (одиннадцати) полных лет до 17 (семнадцати) полных лет включительно;

Услуги, указанные в п.п. 1.2. – 1.5., предоставляются однократно в течение года страхования.

Территория действия страхования в диагностической части – Российская Федерация.

Полный перечень предоставляемых услуг в диагностической части определяется Страховщиком по согласованию с Медицинской организацией, проводящей обследование, индивидуально для каждого Застрахованного и может быть изменён Страховщиком в одностороннем порядке.

II. Лечебная часть

Территория действия страхования в лечебной части - государство Израиль.

Перечень медицинских организаций Израиля включает, но не ограничивается: Медицинский Центр Ассута (Assuta), Тель-Авив; Медицинский Центр Герцлия (Herclia Medical Center); Медицинский Центр Сураски (Suraski), Тель-Авив; Медицинский Центр им. И. Рабина, Петах Тиква; Академический Медицинский Центр Шеба (Sheba), Тель-Ашомер; Медицинский Центр Рамбам (Rambam), Хайфа; Медицинский центр Ассаф-Харофех (Assaf-Harofeh), Ришон-Ле-Цион; Медицинский Центр Хадаса (Hadasa), Иерусалим; Медицинский Центр Мейр (Meir), Кфар-Саба.

Медицинская организация, оказывающая медицинские услуги Застрахованному, определяется и утверждается Страховщиком с учётом профильности медицинской организации и характера обстоятельств, требующих оказания медицинских услуг.

Начало срока страхования по настоящей Программе в лечебной части наступает по истечении 300 (трёхсот) календарных дней (Период ожидания) с момента вступления Договора страхования в

силу. Данное ограничение распространяется только на первый год действия Договора страхования.

2. Лечебная часть Программы покрывает следующие операции и/или другие медицинские услуги:

2.1. Операции на центральной и периферической нервной системе:

- 2.1.1. Иссечение тканей головного мозга;
- 2.1.2. Иссечение пораженных тканей головного мозга;
- 2.1.3. Стереотаксическая абляция тканей головного мозга;
- 2.1.4. Иссечение периферического нерва;
- 2.1.5. Абляция периферического нерва;
- 2.1.6. Экстирпация пораженного периферического нерва;
- 2.1.7. Иссечение цервикального симпатического нерва;

2.2. Онкология:

2.2.1. Включает:

- 2.2.1.1. Хирургические методы лечения;
- 2.2.1.2. Лучевая терапия;
- 2.2.1.3. Химиотерапия;
- 2.2.1.4. Иммунотерапия;
- 2.2.1.5. Гормонотерапия;

2.2.2. Не включает:

- 2.2.2.1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения *Carcinoma in situ*, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые;
- 2.2.2.2. Злокачественную меланому класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- 2.2.2.3. Заболевания кожи следующих типов:
 - Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- 2.2.2.4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
- 2.2.2.5. Любая опухоль предстательной железы стадии I, за исключением опухоли со степенью дифференцировки выше 6 баллов по шкале Глисона и опухоли стадии T2N0M0 и выше;
- 2.2.2.6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L).

2.3. Обследование перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций.

3. В соответствии с Лечебной частью настоящей Программы, Страховщик оплачивает следующие услуги:

3.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в Медицинскую организацию и/или между Медицинскими организациями).

3.2. Медицинские услуги и лечение в стационаре:

- 3.2.1. Консультации лечащего врача;
- 3.2.2. Консультация перед операцией или онкологическим лечением на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
- 3.2.3. Дополнительная консультация перед операцией или онкологическим лечением врача-эксперта на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
- 3.2.4. Лабораторные и инструментальные исследования перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
- 3.2.5. Хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия, согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
- 3.2.6. Протезирование и имплантация части тела, утерянной в результате онкологического заболевания, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) долларов США в год на одного застрахованного согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
- 3.2.7. Пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия в рамках покрываемого страхового события;
- 3.2.8. Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в течение госпитализации;

- 3.2.9. Госпитализация на период лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восемь) дней на сумму не более эквивалента 4 000 (четыре тысячи) долларов США в год на одного застрахованного;
- 3.3. Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 3.4. Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке.
- 3.5. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет);
- 3.6. Авиабилеты в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом на сумму не более эквивалента 1 000 (Тысяча) Долларов США для Застрахованного, а также для каждого из двоих лиц, сопровождающих Застрахованного во время поездки в страну назначения;
- 3.7. Размещение в гостинице на сумму не более эквивалента 1 300 (Тысяча триста) Долларов США и не более 10 дней для Застрахованного, а также для двоих лиц, сопровождающих Застрахованного во время поездки в страну назначения;
- 3.8. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и двоих сопровождающих от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт;
- 3.9. Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранной Медицинской организации на период лечения;
- 3.10. Репатриация останков в страну проживания Застрахованного на сумму не более эквивалента 5 000 (Пяти тысяч) Долларов США.

«МАКСИМАЛЬНАЯ»

Если иное не указано в Договоре страхования, возраст Застрахованного по настоящей Программе составляет не менее 3 (трёх) полных лет и не более 17 (семнадцати) полных лет на дату заключения Договора страхования.

Страховая сумма по настоящей Программе (на каждый год страхования) составляет 15 000 000 (пятнадцать миллионов) рублей.

Минимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год.

Максимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 7 (семь) лет при условии ежегодной пролонгации в соответствии с Договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

I. Диагностическая часть

Начало срока страхования по настоящей Программе в диагностической части наступает с момента вступления Договора страхования в силу.

1. Диагностическая часть Программы покрывает следующие медицинские услуги:
 - 1.1. 8 (восемь) консультаций врачей-специалистов в течение года страхования для Застрахованных от 3 (трёх) полных лет до 10 (десяти) полных лет включительно и 6 (шесть) консультаций врачей-специалистов в течение года страхования для Застрахованных от 11 (одиннадцати) полных лет до 17 (семнадцати) полных лет включительно;
 - 1.2. Общие лабораторные исследования: общеклинические, биохимические;
 - 1.3. Специальные лабораторные исследования: анализ на онкомаркеры, показатели белкового, углеводного, минерального обмена, показатели функционирования почек и печени, поджелудочной железы, анализ на наличие инфекций;
 - 1.4. Основные инструментальные исследования: ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, почек, надпочечников для Застрахованных от 3 (трёх) полных лет до 10 (десяти) полных лет включительно; ультразвуковая диагностика щитовидной железы и регионарных лимфоузлов; доплерэхокардиография с оценкой состояния плевральных полостей, нижней полой вены, брюшной аорты, электрокардиография стандартная с расшифровкой;
 - 1.5. Специальные инструментальные исследования: магнитно-резонансная томография головного мозга и гипофиза и комплексная магнитно-резонансная томография

органов брюшной полости и малого таза для Застрахованных от 11 (одиннадцати) полных лет до 17 (семнадцати) полных лет включительно;

Услуги, указанные в п.п. 1.2. – 1.5., предоставляются однократно в течение года страхования.

Территория действия страхования в диагностической части – Российская Федерация.

Полный перечень предоставляемых услуг в диагностической части определяется Страховщиком по согласованию с Медицинской организацией, проводящей обследование, индивидуально для каждого Застрахованного и может быть изменён Страховщиком в одностороннем порядке.

2. Услуга «Экспертное медицинское мнение» включает дополнительное медицинское заключение о состоянии здоровья пациента, вынесенное поставщиком услуги – профильной медицинской организации по выбору Страховщика, по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом заключении, которое было дано личным врачом застрахованного, и в истории болезни застрахованного;

2.1. Требуемое заключение/мнение может относиться к состоянию здоровья застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- онкологии;
- кардиологии;
- неврологии;
- ортопедии;
- нефрологии.

2.2. Застрахованный имеет право на получение «экспертного медицинского мнения» один раз в течение каждых 12 (двенадцати) месяцев с момента вступления Договора страхования в силу;

2.3. В период действия Договора страхования, включая сроки последующего пролонгирования, Застрахованный имеет право на получение «экспертного медицинского мнения» не более двух раз в каждой из перечисленных в п. 2.1. настоящей Программы областей.

Территория действия страхования в отношении услуги «Экспертное медицинское мнение» – Государство Израиль.

II. Лечебная часть

Территория действия страхования в лечебной части - государство Израиль.

Перечень медицинских организаций Израиля включает, но не ограничивается: Медицинский Центр Ассута (Assuta), Тель-Авив; Медицинский Центр Герцлия (Herclia Medical Center); Медицинский Центр Сураски (Suraski), Тель-Авив; Медицинский Центр им. И. Рабина, Петах Тиква; Академический Медицинский Центр Шеба (Sheba), Тель-Ашомер; Медицинский Центр Рамбам (Rambam), Хайфа; Медицинский центр Ассаф-Харофех ("Assaf-Harofeh"), Ришон-Ле-Цион; Медицинский Центр Хадаса (Hadasa), Иерусалим; Медицинский Центр Мейр (Meir), Кфар-Саба.

Медицинская организация, оказывающая медицинские услуги Застрахованному, определяется и утверждается Страховщиком с учётом профильности медицинской организации и характера обстоятельств, требующих оказания медицинских услуг.

Начало срока страхования по настоящей Программе в лечебной части наступает по истечении 300 (трёхсот) календарных дней (Период ожидания) с момента вступления Договора страхования в силу. Данное ограничение распространяется только на первый год действия Договора страхования.

3. Лечебная часть Программы покрывает следующие операции и/или другие медицинские услуги:

3.1. Операции на центральной и периферической нервной системе:

- 3.1.1. Иссечение тканей головного мозга;
- 3.1.2. Иссечение пораженных тканей головного мозга;
- 3.1.3. Стереотаксическая абляция тканей головного мозга;
- 3.1.4. Иссечение периферического нерва;
- 3.1.5. Абляция периферического нерва;
- 3.1.6. Экстирпация пораженного периферического нерва;
- 3.1.7. Иссечение цервикального симпатического нерва;

3.2. Онкология:

3.2.1. Включает:

- 3.2.1.1. Хирургические методы лечения;
- 3.2.1.2. Лучевая терапия;

- 3.2.1.3. Химиотерапия;
- 3.2.1.4. Иммунотерапия;
- 3.2.1.5. Гормонотерапия;
- 3.2.2. Не включает:
 - 3.2.2.1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinoma in situ, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые;
 - 3.2.2.2. Злокачественную меланому класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
 - 3.2.2.3. Заболевания кожи следующих типов:
 - Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
 - 3.2.2.4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
 - 3.2.2.5. Любая опухоль предстательной железы стадии I, за исключением опухоли со степенью дифференцировки выше 6 баллов по шкале Глисона и опухоли стадии T2N0M0 и выше;
 - 3.2.2.6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L.).
- 3.3. Обследование перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций.
- 4. В соответствии с Лечебной частью настоящей Программы, Страховщик оплачивает следующие услуги:
 - 4.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в Медицинскую организацию и/или между Медицинскими организациями);
 - 4.2. Медицинские услуги и лечение в стационаре:
 - 4.2.1. Консультации лечащего врача;
 - 4.2.2. Консультация перед операцией или онкологическим лечением на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
 - 4.2.3. Дополнительная консультация перед операцией или онкологическим лечением врача-эксперта на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
 - 4.2.4. Лабораторные и инструментальные исследования перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 4.2.5. Хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия, согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 4.2.6. Протезирование и имплантация части тела, утерянной в результате онкологического заболевания, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) долларов США в год на одного застрахованного согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 4.2.7. Пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия в рамках покрываемого страхового события;
 - 4.2.8. Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в течение госпитализации;
 - 4.2.9. Госпитализация на период лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) дней на сумму не более эквивалента 4 000 (четыре тысячи) долларов США в год на одного застрахованного;
 - 4.3. Экспертиза временной нетрудоспособности;
 - 4.4. Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке;
 - 4.5. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет);
 - 4.6. Авиабилеты в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом на сумму не более эквивалента 1 000 (Тысяча) Долларов США для Застрахованного, а также для каждого из двоих лиц, сопровождающих Застрахованного во время поездки в страну назначения.
 - 4.7. Размещение в гостинице на сумму не более эквивалента 1 300 (Тысяча триста) Долларов США и не более 10 дней для Застрахованного, а также для двоих лиц, сопровождающих Застрахованного во время поездки в страну назначения.

4.8. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и двоих сопровождающих от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт.

4.9. Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранной Медицинской организации на период лечения;

4.10. Репатриация останков в страну проживания Застрахованного на сумму не более эквивалента 5 000 (Пяти тысяч) Долларов США.

«ПРЕМИАЛЬНАЯ»

Если иное не указано в Договоре страхования, возраст Застрахованного по настоящей Программе составляет не менее 3 (трёх) полных лет и не более 17 (семнадцати) полных лет на дату заключения Договора страхования.

Страховая сумма по настоящей Программе (на каждый год страхования) составляет 30 000 000 (тридцать миллионов) рублей.

Минимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год.

Максимальный срок страхования по настоящей Программе составляет 7 (семь) лет при условии ежегодной пролонгации в соответствии с Договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

I. Диагностическая часть

Начало срока страхования по настоящей Программе в диагностической части наступает с момента вступления Договора страхования в силу.

1. Диагностическая часть Программы покрывает следующие медицинские услуги:

- 1.1. 9 (девять) консультаций врачей-специалистов в течение года страхования для Застрахованных от 3 (трёх) полных лет до 10 (десяти) полных лет включительно и 7 (семь) консультаций врачей-специалистов в течение года страхования для Застрахованных от 11 (одиннадцати) полных лет до 17 (семнадцати) полных лет включительно;
- 1.2. Общие лабораторные исследования: общеклинические, биохимические;
- 1.3. Специальные лабораторные исследования: анализ на онкомаркеры, показатели белкового, углеводного, минерального обмена, показатели функционирования почек и печени, поджелудочной железы, анализ на наличие инфекций;
- 1.4. Основные инструментальные исследования: ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, почек, надпочечников для Застрахованных от 3 (трёх) полных лет до 10 (десяти) полных лет включительно; ультразвуковая диагностика щитовидной железы и регионарных лимфоузлов; доплерэхокардиография с оценкой состояния плевральных полостей, нижней полой вены, брюшной аорты, электрокардиография стандартная с расшифровкой;
- 1.5. Специальные инструментальные исследования: магнитно-резонансная томография головного мозга и гипофиза и комплексная магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и малого таза для Застрахованных от 11 (одиннадцати) полных лет до 17 (семнадцати) полных лет включительно;

Услуги, указанные в п.п. 1.2. – 1.5., предоставляются однократно в течение года страхования.

Территория действия страхования в диагностической части – Российская Федерация;

Полный перечень предоставляемых услуг в диагностической части определяется Страховщиком по согласованию с Медицинской организацией, проводящей обследование, индивидуально для каждого Застрахованного и может быть изменён Страховщиком в одностороннем порядке.

2. Услуга «Экспертное медицинское мнение» включает дополнительное медицинское заключение о состоянии здоровья пациента, вынесенное поставщиком услуги – профильной Медицинской организацией по выбору Страховщика, по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом заключении, которое было дано личным врачом застрахованного, и в истории болезни застрахованного;

2.1. Требуемое заключение/мнение может относиться к состоянию здоровья застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- онкологии;
- кардиологии;

- неврологии;
- ортопедии;
- нефрологии.

2.2. Застрахованный имеет право на получение «экспертного медицинского мнения» один раз в течение каждых 12 (двенадцати) месяцев с момента вступления Договора страхования в силу;

2.3. В период действия Договора страхования, включая сроки последующего пролонгирования, Застрахованный имеет право на получение «экспертного медицинского мнения» не более двух раз в каждой из перечисленных в п. 2.1. настоящей Программы областей.

Территория действия страхования в отношении услуги «Экспертное медицинское мнение» – Государство Израиль, Германия по согласованию Страхователя и Страховщика.

I. Лечебная часть

Территория действия страхования в лечебной части - государство Израиль, Германия по согласованию Страхователя и Страховщика. В отношении медицинских и иных услуг, связанных с пересадкой органов и тканей, территорией действия страхования является весь мир.

Перечень медицинских организаций Израиля включает, но не ограничивается: Медицинский Центр Ассута (Assuta), Тель-Авив; Медицинский Центр Герцлия (Herclia Medical Center); Медицинский Центр Сураски (Suraski), Тель-Авив; Медицинский Центр им. И. Рабина, Петах Тиква; Академический Медицинский Центр Шеба (Sheba), Тель-Ашомер; Медицинский Центр Рамбам (Rambam), Хайфа; Медицинский центр Ассаф-Харофех (“Assaf-Harofeh”), Ришон-Ле-Цион; Медицинский Центр Хадаса (Hadasa), Иерусалим; Медицинский Центр Мейр (Meir), Кфар-Саба.

Перечень медицинских организаций Германии включает, но не ограничивается: Медицинский Центр Асклепиос (Asklepios), Бед-Ольдесло; Медицинский Центр Асклепиос Паулинен (Asklepios Paulinen), Висбаден; Детский Медицинский Центр Асклепиос (Asklepios), Сант-Августин; Медицинский Центр Асклепиос Клиник Норд (Asklepios Klinik Nord), Гамбург; Медицинский Центр Медиклин (MediClin), Крайхгау; Международный Институт неврологии, Ганновер.

Медицинская организация, оказывающая медицинские услуги Застрахованному, определяется и утверждается Страховщиком с учётом профильности медицинской организации и характера обстоятельств, требующих оказания медицинских услуг.

Начало срока страхования по настоящей Программе в лечебной части наступает по истечении 300 (трёхсот) календарных дней (Период ожидания) с момента вступления Договора страхования в силу. Данное ограничение распространяется только на первый год действия Договора страхования. В отношении услуг, связанных с трансплантацией органов и тканей, начало срока страхования наступает по истечении 18 (восемнадцати) месяцев (Период ожидания) с момента вступления Договора страхования в силу. Последнее ограничение распространяется только на 12 (двенадцать) месяцев первого года страхования и 6 (шесть) месяцев второго года страхования.

3. Лечебная часть Программы покрывает следующие операции и/или другие медицинские услуги:

3.1. Операции на центральной и периферической нервной системе:

- 3.1.1. Иссечение тканей головного мозга;
- 3.1.2. Иссечение поражённых тканей головного мозга;
- 3.1.3. Стереотаксическая абляция тканей головного мозга;
- 3.1.4. Иссечение периферического нерва;
- 3.1.5. Абляция периферического нерва;
- 3.1.6. Экстирпация поражённого периферического нерва;
- 3.1.7. Иссечение цервикального симпатического нерва;

3.2. Онкология:

3.2.1. Включает:

- 3.2.1.1. Хирургические методы лечения;
- 3.2.1.2. Лучевая терапия;
- 3.2.1.3. Химиотерапия;
- 3.2.1.4. Иммунотерапия;
- 3.2.1.5. Гормонотерапия;

3.2.2. Не включает:

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

- 3.2.2.2. Злокачественную меланому класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
 - 3.2.2.3. Заболевания кожи следующих типов:
 - Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
 - Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
 - 3.2.2.4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
 - 3.2.2.5. Любая опухоль предстательной железы стадии I, за исключением опухоли со степенью дифференцировки выше 6 баллов по шкале Глисона и опухоли стадии T2N0M0 и выше;
 - 3.2.2.6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L.).
- 3.3. Пересадка органов и тканей:
- 3.3.1. Включает:
- 3.3.1.1. Трансплантация сердца;
 - 3.3.1.2. Трансплантация лёгкого;
 - 3.3.1.3. Трансплантация почки;
 - 3.3.1.4. Трансплантация поджелудочной железы;
 - 3.3.1.5. Трансплантация костного мозга;
 - 3.3.1.6. Трансплантация печени.
 - 3.3.1.7. Имплантация искусственного сердца;
- 3.3.2. Не включает:
- 3.3.2.1. любая трансплантация, потребность в которой возникает вследствие алкогольной болезни печени;
 - 3.3.2.2. любая трансплантация, являющаяся аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
 - 3.3.2.3. любая трансплантация, когда Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
 - 3.3.2.4. любая трансплантация, включающая в себе лечение стволовыми клетками;
- 3.4. Обследование перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций.
4. В соответствии с Лечебной частью настоящей Программы, Страховщик оплачивает следующие услуги:
- 4.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в Медицинскую организацию и/или между Медицинскими организациями);
- 4.2. Медицинские услуги и лечение в стационаре:
- 4.2.1. Консультации лечащего врача;
 - 4.2.2. Консультация перед операцией или онкологическим лечением на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
 - 4.2.3. Дополнительная консультация перед операцией или онкологическим лечением врача-эксперта на сумму не более эквивалента 500 (пятьсот) долларов США за консультацию;
 - 4.2.4. Лабораторные и инструментальные исследования перед консервативным и хирургическим лечением согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 4.2.5. Хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия, согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
 - 4.2.6. Трансплантация органов, на сумму не более 1 000 000 (Миллион) долларов США;
 - 4.2.6.1. Стоимость расходов на перевозку тела не более эквивалента 7 000 (семь тысяч) долларов США в год на одного Застрахованного;
 - 4.2.6.2. Расходы на получение органа для пересадки не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) долларов США в год на одного Застрахованного;
 - 4.2.6.3. Стоимость поездки за границу на сумму не более эквивалента 5 000 (пять тысяч) долларов США в год на одного Застрахованного;
 - 4.2.6.4. Расходы на воздушную перевозку за границу специальным рейсом на сумму не более эквивалента 25 000 (двадцать пять тысяч) долларов США в год на одного Застрахованного;
 - 4.2.6.5. Расходы на проживание за границей на сумму не более эквивалента 55 000 (пятьдесят пять тысяч) долларов США в год на одного Застрахованного;
 - 4.2.6.6. Расходы на доставку врача-специалиста в страну Застрахованного на сумму не более эквивалента 120 000 (сто двадцать тысяч) долларов США в год на одного Застрахованного;
 - 4.2.7. Протезирование и имплантация части тела, утерянной в результате онкологического заболевания, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000

- (пятнадцать тысяч) долларов США в год на одного застрахованного согласно перечню покрываемых операций и/или других медицинских услуг;
- 4.2.8. Пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия в рамках покрываемого страхового события;
 - 4.2.9. Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в течение госпитализации;
 - 4.2.10. Госпитализация на период лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) дней на сумму не более эквивалента 4 000 (четыре тысячи) долларов США в год на одного застрахованного;
- 4.3. Экспертиза временной нетрудоспособности;
 - 4.4. Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке;
 - 4.5. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет);
 - 4.6. Авиабилеты в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом на сумму не более эквивалента 1 000 (Тысяча) Долларов США для Застрахованного, а также для каждого из двоих лиц, сопровождающих Застрахованного во время поездки в страну назначения;
 - 4.7. Размещение в гостинице на сумму не более эквивалента 1 300 (Тысяча триста) Долларов США и не более 10 дней для Застрахованного, а также для двоих лиц, сопровождающих Застрахованного во время поездки в страну назначения;
 - 4.8. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и двоих сопровождающих от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт;
 - 4.9. Услуги устного и письменного перевода для застрахованного в выбранной Медицинской организации на период лечения;
 - 4.10. Репатриация останков в страну проживания Застрахованного на сумму не более эквивалента 5 000 (Пяти тысяч) Долларов США.