

Приложение №1 к Приказу
№ 077 от 2 сентября 2015 года

.....
Утверждаю
Генеральный директор
Барихнина Л. В.

Общие правила

Добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1

Оглавление

| | |
|---|----|
| 1. Общие положения. Субъекты страхования..... | 3 |
| 2. Объект страхования | 7 |
| 3. Страховой риск | 8 |
| 4. Страховой случай..... | 9 |
| 5. Объем страхового покрытия | 10 |
| 6. Исключения из страхового покрытия | 12 |
| 7. Заключение, действие и прекращение Договора страхования..... | 14 |
| 8. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия | 19 |
| 9. Франшиза | 20 |
| 10. Права и обязанности сторон | 21 |
| 11. Действия сторон при первичном диагностировании у Застрахованного лица критического заболевания..... | 24 |
| 12. Объем и порядок осуществления страховой выплаты | 25 |
| 13. Порядок решения споров | 25 |
| Приложение № 1 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 | 27 |
| Приложение № 2 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 | 29 |
| Приложение № 3 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 | 31 |
| Приложение № 4 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 | 32 |
| Приложение № 5 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 | 33 |
| Приложение № 6 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 | 34 |
| Приложение № 7 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 | 42 |

1. Общие положения. Субъекты страхования

- 1.1. Настоящие «Общие правила добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1» (далее - «Правила») составлены в соответствии с законодательством Российской Федерации и определяют порядок и условия заключения, исполнения и прекращения договоров добровольного медицинского страхования, заключенных на случай необходимости получения Застрахованным лицом, у которого в течение срока действия Договора страхования было впервые диагностировано критическое заболевание, медицинской и иной помощи, в том числе за пределами страны гражданства и (или) места постоянного проживания (далее – «Договор страхования»).
- 1.2. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами или Договором страхования и не может быть определено, исходя из законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.
- 1.3. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

Страховщик - ООО «Группа Ренессанс Страхование», созданное и действующее на основании Устава в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом, осуществляющим надзор за страховой деятельностью.

Страхователь - дееспособное российское или иностранное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования. Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, может быть заключен Страхователем в пользу названного в Договоре страхования физического лица (Застрахованного лица). В случае если Договор заключен Страхователем - физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

Застрахованное лицо - названное в Договоре страхования физическое лицо, являющееся гражданином Российской Федерации, либо иностранный гражданин или лицо без гражданства, законно находящийся на территории Российской Федерации в порядке постоянного либо, временного проживания (пребывания), в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования. (далее- «Застрахованное лицо», «Застрахованный»).

Медицинские учреждения - юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании полученного в установленном законодательством порядке официального разрешения.

Сервисная компания – специализированная организация (компания), реквизиты которой указаны в Договоре страхования (страховом полисе), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами (далее – «Сервисная компания»). Оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, предусмотренные Договором страхования, оплачиваются

Страховщиком только при условии их предварительного согласования Застрахованным лицом со Страховщиком и/или Сервисной компанией.

Сопровождающее лицо – дееспособное физическое лицо, осуществляющее совместный с Застрахованным лицом выезд за территорию страны гражданства или места постоянного проживания Застрахованного лица в целях получения им медицинской помощи, законно уполномоченное совершать действия от имени и в интересах Застрахованного лица (далее – «Сопровождающее лицо», «Сопровождающий»). Если Застрахованное лицо является недееспособным, выбор Сопровождающего лица осуществляет его законный представитель.

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

Медицинские показания – назначенные врачом диагностические или лечебные мероприятия, основанием которых являются проведенные медицинские исследования.

Медицинское заключение - документация, подготовленная медицинским учреждением на основании проведенного обследования пациента медицинским персоналом соответствующей квалификации, содержащая сведения о состоянии его здоровья, диагнозе, медицинских показаниях.

Альтернативное медицинское заключение – дополнительное медицинское заключение о состоянии здоровья пациента, правильности постановки диагноза и медицинских показаний, содержащее рекомендации к последующему курсу лечения, подготовленное врачом и/ или врачебной комиссией, по согласованию со Страховщиком и/ или Сервисной компанией. Альтернативное медицинское заключение производится на основании медицинских документов, подтверждающих установление у Застрахованного лица критического заболевания.

Критическое заболевание - заболевание (болезнь или травма), впервые диагностированное у Застрахованного лица в период действия срока страхования, подтвержденное альтернативным медицинским заключением, выявление которого повлекло необходимость оказания ему медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования и Договором страхования за пределами страны гражданства или места постоянного проживания. По настоящим Правилам одномоментное диагностирование нескольких впервые выявленных критических заболеваний считается одним критическим заболеванием.

Страховой риск – обладающее признаками вероятности и случайности предполагаемое событие, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

Страховой случай – свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования по факту наступления которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового возмещения в форме оплаты расходов в соответствии с настоящими Правилами.

Программа страхования – гарантированный Договором страхования перечень медицинских и иных услуг, медицинской помощи, организационно-технических мероприятий, исключений из них и порядка их предоставления, определяющих объем

страховой защиты, предоставляемый Страховщиком при наступлении страхового случая (далее – «Программа страхования»).

Территория страхования – территория, на которую распространяется действие Договора страхования. В соответствии с настоящими Правилами территорией страхования для оказания услуги «альтернативное медицинское заключение» является весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования. Территорией страхования при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг (в соответствии с пп.5.2.1.2.-5.2.1.7.), а также иных услуг, оказываемых в целях прохождения Застрахованным лицом лечения, предусмотренных Договором/ Программой страхования, является весь мир, за исключением Российской Федерации, а также страны гражданства Застрахованного лица или страны постоянного проживания.

Место жительства – территория в пределах установленных административных границ, на которой Застрахованное лицо официально зарегистрировано в установленном законом порядке. Под местом жительства в отношении граждан Российской Федерации понимается место официальной регистрации Застрахованного лица по месту жительства и/или по месту пребывания. Под местом жительства в отношении законно находящихся в Российской Федерации иностранных граждан, имеющих действительные вид на жительство, либо разрешение на временное проживание (пребывание) в Российской Федерации, является населенный пункт, по адресу которого Застрахованное лицо официально зарегистрировано в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Период ожидания - период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страховой защиты (срока страхования), в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, происходящие с Застрахованным лицом. При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании периода ожидания.

Срок страхования (срок действия страховой защиты) - период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования, обусловленного Договором страхования (страховой защиты). Страхование распространяется только на страховые случаи, возникшие в результате критических заболеваний, впервые диагностированных Застрахованному лицу в течение срока страхования.

Страховая защита - условие, вступающее в действие по окончании периода ожидания, предусматривающее ответственность Страховщика при обращении Застрахованного лица в связи с впервые выявленным у него критическим заболеванием. Страховая защита предоставляется на период, указанный в Договоре страхования, при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в срок, указанный в Договоре страхования.

- 1.4. При заключении Договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Страховщика и Застрахованного лица. Страхователь и Страховщик вправе согласовать любые дополнения, исключения, уточнения к Договору страхования, не запрещенные законодательством Российской Федерации. Все изменения и дополнения к настоящим Правилам указываются в Договоре страхования. Договор страхования считается заключенным на условиях, содержащихся в настоящих Правилах в том случае, если в Договоре страхования прямо указывается на их применение и сами Правила изложены в одном документе с

Договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования. Вручение Страхователю настоящих Правил страхования при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

- 1.5. Страховщик заключает Договоры страхования в соответствии с Программой страхования, изложенной в Приложении № 7 к настоящим Правилам, согласно которой оплачивает организацию и финансирование медицинских и иных услуг, предусмотренных условиями Договора страхования.
- 1.6. Страхователь, заключая Договор страхования, а так же Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования. Под обработкой персональных данных в рамках настоящих Правил понимаются: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.
- 1.7. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь, а так же Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком путем прямых контактов с помощью средств связи.
- 1.8. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя (Застрахованного) 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 (Застрахованным лицом) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.
- 1.9. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.
- 1.10. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским учреждениям, в которых Страхователь (Застрахованное лицо) получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну. Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том

числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

- 1.11. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 1.12. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать полисные условия страхования (выдержки/ выписки из Правил страхования), Программы страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования (страховые продукты), заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, - в той мере в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам (далее – «Полисные условия»). Такие Полисные условия страхования прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.
- 1.13. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия, в том числе аббревиатуру, отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено законодательством Российской Федерации.
- 1.14. Отношения сторон, по Договору страхования, не урегулированные настоящими Правилами страхования или Договором страхования, регулируются законодательством Российской Федерации.

2. Объект страхования

- 2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, у которого было впервые диагностировано критическое заболевание, связанные с необходимостью получения им альтернативного медицинского заключения, а также медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства или постоянного проживания в порядке и в соответствии с условиями Договора страхования.
- 2.2. Застрахованным не может быть лицо, на момент заключения Договора страхования, имеющее следующие заболевания и (или) связанные с ним состояния (в том числе лечение или медицинское наблюдение в связи с возможностью онкологического или сердечного заболевания) если иное не предусмотрено Договором страхования:
 - 2.2.1. ВИЧ-инфекция, СПИД;
 - 2.2.2. Любые заболевания лиц, имеющих инвалидность I или II группы;
 - 2.2.3. Особо опасные инфекционные болезни (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения);
 - 2.2.4. Наркологические заболевания;
 - 2.2.5. Алкоголизм;
 - 2.2.6. Психические заболевания;
 - 2.2.7. Туберкулез;
 - 2.2.8. Хронические гепатиты: С, Е, F, G;

- 2.2.9. Острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения;
 - 2.2.10. Рак (любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, болезнь Ходжкина, спленомегалия) или злокачественная опухоль;
 - 2.2.11. Любая опухоль или киста, мозговая или внутричерепная;
 - 2.2.12. Лейкемия либо другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью свыше 1 месяца;
 - 2.2.13. Сердечно – сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, перенесенное аорто-коронарное шунтирование, загрудинные боли при повышенной физической активности);
 - 2.2.14. Инсульт (мозговое кровоизлияние, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы);
 - 2.2.15. Сахарный диабет;
 - 2.2.16. Ожирение 3 - 4 степени;
 - 2.2.17. Перенесенные операции по трансплантации следующих жизненно важных органов: сердце, сердечно- легочный комплекс, легкое, печень, костный мозг.
- 2.3. Если в период действия Договора страхования обнаруживается, что на дату заключения Договора страхования Застрахованными являлись лица, имеющие диагностированные заболевания и/ или связанные с ним состояния, указанные в п.2.2. настоящих Правил, то Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий его недействительности, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации.

3. Страховой риск

- 3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности происшествия, на случай наступления которого производится заключение Договора страхования.
- 3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым риском является критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока действия страховой защиты (срока страхования) по Договору страхования, подтвержденное альтернативным медицинским заключением, повлекшее несение нижеуказанных расходов по оплате медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства и (или) постоянного проживания, в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования:
 - 3.2.1. Получение Застрахованным лицом альтернативного медицинского заключения после первичного диагностирования у него критического заболевания;
 - 3.2.2. Лечение рака:
 - 3.2.2.1. лечение злокачественных опухолей без наличия удаленных метастаз;

- 3.2.3. Хирургическая операция на коронарных артериях (аорто-коронарное шунтирование):
 - 3.2.3.1. операция на открытом сердце;
 - 3.2.3.2. шунтирование на двух и более коронарных артериях;
- 3.2.4. Операция на сердце:
 - 3.2.4.1. замена и/ или пересадка одного и более клапанов;
- 3.2.5. Пересадка донорских тканей и органов:
 - 3.2.5.1. пересадка почек, частей печени, легких, костного мозга или поджелудочной железы.
- 3.2.6. Нейрохирургическая операция:
 - 3.2.6.1. любая мозговая или внутричерепная нейрохирургическая операция.

4. Страховой случай

- 4.1. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового возмещения.
- 4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение действия страховой защиты (срока страхования) по Договору страхования, подтвержденное альтернативным медицинским заключением, повлекшее несение нижеуказанных расходов по оплате медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства и (или) постоянного проживания, в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования:
 - 4.2.1. Получение Застрахованным лицом альтернативного медицинского заключения после первичного диагностирования у него критического заболевания;
 - 4.2.2. Лечение рака:
 - 4.2.2.1. лечение злокачественных опухолей без наличия удаленных метастаз;
 - 4.2.3. Хирургическая операция на коронарных артериях (аортокоронарное шунтирование):
 - 4.2.3.1. операция на открытом сердце;
 - 4.2.3.2. шунтирование на двух и более коронарных артериях;
 - 4.2.4. Операция на сердце:
 - 4.2.4.1. замена и/ или пересадка одного и более клапанов;
 - 4.2.5. Пересадка донорских тканей и органов:
 - 4.2.5.1. пересадка почек, частей печени, легких, костного мозга или поджелудочной железы.

4.2.6. Нейрохирургическая операция:

4.2.6.1. любая мозговая или внутричерепная нейрохирургическая операция.

- 4.3. Договор страхования может быть заключен на случай получения Застрахованным лицом медицинских услуг, перечисленных в пп. 4.2.2. – 4.2.6., а также от их совокупности, в любой их комбинации, включая оказание только одной медицинской услуги.
- 4.4. Датой наступления страхового случая является дата впервые диагностированного у Застрахованного лица медицинским учреждением критического заболевания. По настоящим Правилам одномоментное диагностирование нескольких впервые выявленных критических заболеваний считается одним критическим заболеванием.
- 4.5. Страховая выплата осуществляется Страховщиком исключительно путем оплаты услуг медицинскому учреждению, где Застрахованным лицом получено альтернативное медицинское заключение и/или проведено лечение и/или оказана медицинская и иная помощь, а также иным организациям, предоставившим Застрахованному лицу транспортные, сервисные и иные услуги, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами страхования и Программой страхования.

5. Объем страхового покрытия

- 5.1. Объемом страхового покрытия признается перечень видов медицинских и иных услуг, медицинской помощи, организационно-технических мероприятий, которые могут оказываться Страхователю (Застрахованному лицу) в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования, при наступлении страхового случая. Объем страхового покрытия Страховщика устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон. При этом объем медицинских и иных услуг, предоставляемых по Договору страхования, ограничивается перечнем предусмотренных в нем услуг, соответствующими страховыми суммами, установленными в Договоре страхования франшизами и перечнем исключений (случаев и (или) условий, при которых страховое возмещение не выплачивается).
- 5.2. Страховщик в соответствии с условиями Договора страхования может включить в объем страхового покрытия расходы по оплате следующих видов медицинских и иных услуг:
- 5.2.1. **Медицинские услуги**, включающие в себя:
- 5.2.1.1. альтернативное медицинское заключение, проводимое в целях подтверждения правильности поставленного диагноза впервые диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, включая экстренные медицинские консультации по телефону, иным средствам связи;
- 5.2.1.2. предоставление Застрахованному (Сопровождающему) лицу информации о медицинских учреждениях надлежащего профиля, информационная поддержка;
- 5.2.1.3. организацию плановой госпитализации Застрахованного лица в стационар медицинского учреждения, находящегося за пределами страны

гражданства и (или) места постоянного проживания Застрахованного лица;

5.2.1.4. стационарное лечение (включая оплату пребывания в лечебном учреждении, либо, в отеле (три звезды) в случае невозможности поступления в стационар при условии подтвержденной плановой госпитализации), врачебные манипуляции, обследования, операции, интенсивную терапию, лекарственные и перевязочные средства и прочие госпитальные расходы;

5.2.1.5. амбулаторная медицинская помощь (в том числе врачебные манипуляции, лекарственные и перевязочные средства);

5.2.1.6. патронаж (дежурство медицинского персонала у постели больного, назначенные процедуры и манипуляции);

5.2.1.7. обеспечение Застрахованного лица назначенными врачом медикаментами.

5.2.2. Транспортные услуги, включающие в себя:

5.2.2.1. транспортировку Застрахованного лица, предусматривающую проезд или перелет с места жительства до ближайшего к требуемому медицинскому учреждению транспортного узла, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства Застрахованного лица и обратно. Решение об условиях транспортировки принимается Страховщиком и/ или Сервисной компанией с учетом медицинских показаний. (Страховщик/ Сервисная компания не оказывают транспортных услуг, если доступ на территорию нахождения Застрахованного (Сопровождающего) лица представляет чрезмерную опасность, например, в случае их нахождения в зоне стихийного бедствия и т.п.);

5.2.2.2. трансфер (доставку) Застрахованного лица пассажирским транспортом по факту прибытия в страну получения медицинской помощи с вокзала или из аэропорта в стационар (иное место назначения), а также по факту окончания курса медицинской помощи на вокзал или в аэропорт;

5.2.2.3. предоставление местного санитарного транспорта в связи с экстренными медицинскими показаниями – доставка Застрахованного лица на специально оборудованном для перевозки медицинском транспорте в требуемое медицинское учреждение;

5.2.2.4. посмертную репатриацию в случае смерти Застрахованного лица во время его пребывания в стране оказания медицинской помощи: вскрытие, подготовка тела для репатриации, гроб, требуемый для перевозки, перевозка останков в аэропорт/ на вокзал, с которым имеется прямое авиа-/железнодорожное сообщение и который является наиболее близким к предполагаемому месту захоронения на территории страны гражданства или постоянного места жительства Застрахованного лица. (По согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица посмертная репатриация может быть заменена кремацией и транспортировкой урны с прахом до ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания). Расходы по посмертной репатриации

покрываются в пределах оговоренной в Договоре страхования суммы. Страховщик не оплачивает расходы на погребение и ритуальные услуги. Репатриация тела (или урны с прахом) организуется только Сервисной компанией по согласованию со Страховщиком.

5.2.3. Сопровождение Застрахованного лица, включающее в себя:

5.2.3.1. оплату транспортных услуг, перечисленных в пп. 5.2.1.1 – 5.2.1.2 для лица, Сопровождающего Застрахованного в медицинское учреждение;

5.2.3.2. проживание Сопровождающего лица в отеле (три звезды), расположенном в одном населенном пункте со стационаром медицинского учреждения, либо совместное пребывание с Застрахованным лицом в палате, специально оборудованной для проживания лиц, сопровождающих пациента;

5.2.3.3. оплату для Сопровождающего лица Сервисных услуг, перечисленных в пп. 5.2.4.1 – 5.2.4.2.

5.2.4. Сервисные услуги, включающие в себя:

5.2.4.1. содействие в организации поездки – помощь Застрахованному (Сопровождающему) лицу при бронировании билетов, консультирование по вопросам посещения страны, выбранной для прохождения Застрахованным лицом медицинской помощи;

5.2.4.2. визовая поддержка – помощь Застрахованному (Сопровождающему) лицу в получении визы (иного разрешения на пребывание) в иностранное государство по месту расположения стационара медицинского учреждения. Страховщик не несет ответственности за случаи отказа компетентными органами Застрахованному (Сопровождающему) лицу в выезде за пределы Российской Федерации и/ или во въезде на территорию иностранного государства;

5.3. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня оплачиваемых Страховщиком медицинских показаний, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу, а также о названии Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

5.4. По соглашению между Страховщиком и Страхователем перечень медицинских и иных может быть указан в Договоре страхования в различных комбинациях и в любом объеме в пределах Программы страхования.

6. Исключения из страхового покрытия

6.1. Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком медицинские и иные услуги, а также обращения Застрахованного лица, связанные со следующими обстоятельствами, если иное не предусмотрено Договором страхования:

6.1.1. услуги, не предусмотренные Договором страхования и Программой страхования, в том числе в медицинских учреждениях, не входящих в перечень, предоставленный Сервисной компанией;

- 6.1.2. услуги, не согласованные предварительно со Страховщиком и/или Сервисной компанией;
- 6.1.3. нарушение Застрахованным лицом предписаний Страховщика, Сервисной компании;
- 6.1.4. обращение Застрахованного лица за альтернативным медицинским заключением по причинам, не связанным с первично диагностированным у него критическим заболеванием (пп.3.2.2.-3.2.6);
- 6.1.5. получение медицинских услуг, не назначенных лечащим врачом или выполняемых по желанию Застрахованного лица;
- 6.1.6. диагностика и лечение, осуществляемые родственниками Застрахованного лица;
- 6.1.7. отказ Застрахованного лица (его представителя) от предложенного лечения, в результате повлекшее затягивание процесса выздоровления;
- 6.1.8. отказ Застрахованного (Сопровождающего) лица от возвращения к постоянному месту жительства, когда оно разрешено по медицинским показаниям, в сроки и на условиях, определенных Страховщиком по согласованию с Сервисной компанией. В случае отказа от возвращения к постоянному месту жительства, разрешенного по медицинским показаниям, Страховщик полностью прекращает оплату услуг, оказываемых Застрахованному и Сопровождающему его лицу с момента такого отказа;
- 6.1.9. проведение медицинского обследования Застрахованного лица, в результате которого у него было первично диагностировано критическое заболевание;
- 6.1.10. получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- 6.1.11. умышленное причинение себе телесных повреждений или покушение на самоубийство;
- 6.1.12. преднамеренные действия Страхователя, Застрахованного лица или лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;
- 6.1.13. самолечение Застрахованного лица, в том числе обращение к средствам нетрадиционной медицины, повлекшее ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса;
- 6.1.14. нарушение Застрахованным лицом лечебного режима, предписаний лечащего врача;
- 6.1.15. перемена пола;
- 6.1.16. алкоголизм, токсикомания, наркомания;
- 6.1.17. ВИЧ-инфекция, СПИД на любой его стадии;
- 6.1.18. особо опасные инфекционные болезни (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения);
- 6.1.19. психические заболевания независимо от сроков выявления;
- 6.1.20. туберкулез;

- 6.1.21. хронические гепатиты: С, Е, F, G;
 - 6.1.22. острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения;
 - 6.1.23. оказание медицинской и иной помощи в связи с повторным обращением Застрахованного лица по аналогичным медицинским показаниям, в том случае, если ранее назначенная плановая госпитализация не состоялась по инициативе Застрахованного лица или его представителя;
 - 6.1.24. упущенная выгода, моральный вред, состояния, связанные с профессиональными ошибками врачей;
 - 6.1.25. эпидемии, подтвержденные справками компетентных органов;
 - 6.1.26. иные обстоятельства, предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования.
- 6.2. Не является страховым случаем по Договору страхования обращение Застрахованного лица по причине критического заболевания, впервые диагностированного у него вне срока действия страховой защиты (срока страхования) по Договору страхования.
- 6.3. Не является страховым случаем по Договору страхования обращение Застрахованного лица по поводу тех случаев, которые в соответствии с условиями Программы страхования и Договора страхования не оплачиваются Страховщиком.
- 6.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, вызванное:
- 6.4.1. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 6.4.2. военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
 - 6.4.3. гражданской войной или забастовками;
 - 6.4.4. стихийными бедствиями (если иное не предусмотрено Договором страхования);
 - 6.4.5. террористическими актами (если иное не предусмотрено Договором страхования).
- 6.5. Иными обстоятельствами, предусмотренными настоящими Правилами и Договором страхования.

7. Заключение, действие и прекращение Договора страхования

- 7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя на срок менее одного года (краткосрочный договор), один год (годовой договор) или на срок более одного года (долгосрочный договор). Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.
- 7.2. При заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязано сообщить Страховщику все известные Страхователю (Застрахованному лицу) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства,

определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.

7.3. При заключении Договора страхования, Страхователь – физическое лицо предоставляет Страховщику следующие сведения:

7.3.1. данные Страхователя и всех лиц, принимаемых на страхование: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, пол, гражданство, паспортные данные, либо данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина на постоянное или временное проживание/ пребывание в Российской Федерации, миграционная карта (для иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ), адрес прописки (регистрации), адрес фактического места жительства, ИНН (при наличии), сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; сведения о бенефициарных владельцах; сведения о принадлежности к иностранному публичному должностному лицу и/или его родственнику, должностному лицу публичной международной организации, а также лицу, замещающему (занимающему) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; сведения о принадлежности к государству (территории), которого (ая) не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ), номер телефона, факса и других средств связи;

7.3.2. сведения о состоянии здоровья каждого лица, принимаемого на страхование по форме, установленной Страховщиком;

7.3.3. срок действия Договора страхования;

7.4. При заключении Договора страхования Страхователь – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель предоставляет Страховщику следующие сведения (документы):

7.4.1. наименование, юридический (место нахождения) и фактический адрес Страхователя, номер телефона, факса и других средств связи;

7.4.2. банковские реквизиты;

7.4.3. основной государственный регистрационный номер Страхователя согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица (свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года) и место государственной регистрации;

7.4.4. учредительные документы сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица);

- 7.4.5. ИНН или код иностранной организации Страхователя (для нерезидента);
- 7.4.6. выписка из Единого государственного реестра юридических лиц на последнюю отчетную дату; сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; сведения о бенефициарных владельцах; сведения о принадлежности к государству (территории), которого (ая) не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ);
- 7.4.7. данные контактного лица Страхователя;
- 7.4.8. данные всех лиц, принимаемых на страхование: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, паспортные данные, либо данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина на постоянное/ временное проживание (пребывание) в Российской Федерации, адрес прописки, адрес фактического места жительства, номер телефона, факса и других средств связи;
- 7.4.9. сведения о состоянии здоровья каждого лица, принимаемого на страхование по форме, установленной Страховщиком;
- 7.4.10. сведения о Представителе в соответствии с пунктом 7.3.1. (за исключением сведений о бенефициарных владельцах).
- 7.4.11. срок действия Договора страхования;
- 7.4.12. дополнительные сведения, получаемые в отношении Страхователя – индивидуального предпринимателя:
 - основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года), место регистрации;
 - сведения, получаемые в отношении Страхователя – физического лица (п. 7.3.1);
 - почтовый адрес.
- 7.5. Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставления дополнительных документов, исчерпывающий перечень которых указывается в запросе Страховщика или проведения любых дополнительных медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица с целью оценки страхового риска и определения вероятности наступления страхового случая.
- 7.6. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, а также предоставление поддельных документов является основанием для требования Страховщика о признании Договора страхования недействительным и применения последствий его недействительности, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 7.7. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании

его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.

- 7.8. Договор страхования должен содержать список всех Застрахованных лиц. В соответствии с условиями Договора страхования, заключенного в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховщик может выдать Страхователю именные страховые полисы для каждого Застрахованного лица.
- 7.9. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку.
- 7.10. Договор страхования вступает в силу со дня, следующего за датой уплаты страховой премии или первого страхового взноса, если иного не предусмотрено Договором страхования.
- 7.11. Договор страхования может быть заключен с условием деления на периоды страхования, или без таковых. В случае заключения Договора страхования с условием деления на страховые периоды, даты начала и окончания периодов указываются в Договоре страхования.
- 7.12. Договором страхования может быть предусмотрено условие периода ожидания - периода времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страховой защиты, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, происходящие с Застрахованным лицом. При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании периода ожидания.
- 7.13. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в срок, установленный Договором страхования, Договор страхования подлежит расторжению с даты, установленной для уплаты такого страхового взноса, либо, иной даты, указанной в письменном уведомлении Страховщика, направляемого Страхователю.
- 7.14. Договором страхования может быть предусмотрено условие страхования «по первому случаю», при котором обязательство Страховщика по страховой выплате распространяется только на первый, заявленный Застрахованным лицом страховой случай (впервые диагностированное критическое заболевание, подтвержденное альтернативным медицинским заключением).
- 7.15. При заключении (продлонгации) Договора страхования на новый срок Страхователю предоставляется льготный период (14 календарных дней) для заключения очередного Договора страхования. В этом случае действие нового Договора страхования начинается с момента окончания предыдущего Договора страхования. Ответственность Страховщика по новому Договору страхования возникает лишь при условии предварительного (до наступления страхового случая) письменного обращения Страхователя к Страховщику о заключении очередного Договора страхования с последующей оплатой страховой премии в течение льготного периода, если иные условия оплаты страховой премии по новому Договору страхования не установлены соглашением сторон.
- 7.16. Договор страхования прекращается в случаях:
 - 7.16.1. Истечения срока действия Договора страхования;

- 7.16.2. Исполнения Страховщиком обязательства по страховой выплате в размере страховой суммы, установленной в Договоре страхования;
 - 7.16.3. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации, за исключением случаев передачи страхового портфеля;
 - 7.16.4. Ликвидации Страхователя – юридического лица, или смерти Страхователя – физического лица, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
 - 7.16.5. Если возможность наступления страхового случая отпала, и/или существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 7.16.6. Расторжения Договора страхования по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
 - 7.16.7. Расторжения Договора страхования по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и/ или Договором страхования;
 - 7.16.8. Отказа Страхователя от Договора страхования. При этом Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 7.16.9. В других случаях, установленных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или условиями Договора страхования.
- 7.17. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пункте 7.16.8., Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования за неистекший период действия Договора страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел в размере 25% от оплаченной страховой премии за текущий год страхования.
- 7.18. В случае необходимости расторжения в отношении Застрахованных лиц Договора страхования, Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты указанной в дополнительном соглашении, закрепляющим исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено Договором страхования. Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено страхователем другим лицом лишь с письменного согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.
- 7.19. По соглашению сторон условия Договора страхования о размере страховой суммы, страховой премии (страхового взноса), порядке и сроках уплаты страховой премии (страховых взносов), сроке страхования, а также иные условия Договора страхования могут быть изменены.
- 7.20. Все изменения условий Договора страхования оформляются путем подписания Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к Договору страхования. В случае внесения изменений в Договор страхования обязательства считаются измененными и вступают в силу со дня заключения соглашения сторон об изменении Договора страхования, если иное не вытекает из соответствующего соглашения. При утрате Договора страхования (страхового полиса) Страховщик на

основании заявления Страхователя (Застрахованного лица) выдает дубликат документа, при этом утраченный экземпляр страхового полиса считается не имеющим юридической силы с момента подачи Страхователем соответствующего заявления. Рассмотрение претензий при предъявлении утраченного страхового полиса не производится.

- 7.21. При повторной утрате Полиса в течение срока действия Договора страхования Страховщик может предусмотреть в Договоре страхования штрафные санкции за повторную выдачу Договора страхования (полиса).
- 7.22. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с датой их поступления по прежнему адресу.
- 7.23. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме.
- 7.24. Уступка права требования страховой выплаты по Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил без письменного согласия Страховщика не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации или Договором страхования.

8. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия

- 8.1. Страховая сумма - денежная сумма, определенная Договором страхования, в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату при наступлении страхового случая.
- 8.2. Страховая сумма определяется по соглашению сторон, исходя из объема медицинской и иной помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг), предусмотренных Договором страхования и Программой страхования. Страховая сумма на всех и/или на каждое Застрахованное лицо по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон.
- 8.3. По соглашению со Страхователем Страховщик вправе устанавливать в Договоре страхования лимиты ответственности Страховщика – по видам медицинских и иных услуг, группам Застрахованных, лекарственных средств, и т.п.
- 8.4. Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и (или) отдельным видам медицинских и иных услуг, входящим в Программу страхования.
- 8.5. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, либо, по курсу, установленному

соглашением сторон. С целью осуществления контроля над валютным риском (финансовым риском в размере разницы курса валют) Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в Договоре страхования.

- 8.6. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с условиями Договора страхования. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения Договора страхования тарифами, исходя из условий Договора и оценки степени риска.
- 8.7. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска, в том числе от результата предыдущего страхования.
- 8.8. Страховые тарифы могут применяться с учетом возраста, состояния здоровья, профессии или рода занятий (деятельности) Застрахованного, семейного положения, гражданства Застрахованного лица, занятия Застрахованным лицом активным отдыхом и спортом, условий Договора страхования (срока страхования, условия применения франшизы, страхования с валютным эквивалентом и др.). Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному, либо едиными для всего коллектива, рассчитанные с учетом единых признаков характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом застрахованных лиц.
- 8.9. В случае если в период действия Договора страхования Страховщиком будут установлены обстоятельства, влекущие изменение страхового риска и дающие основание для пересмотра размера страховой премии за определенный период действия Договора страхования, Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении размера страховой премии по Договору страхования и определить условия и порядок возврата части уплаченной страховой премии.
- 8.10. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.
- 8.11. Форма проведения расчетов определяется Договором страхования с учетом действующих ограничений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 8.12. Датой оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования признается дата поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет Страховщика.

9. Франшиза

- 9.1. По соглашению сторон Договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в выплате страхового возмещения - франшиза.

- 9.2. Договором страхования может быть установлена условная, безусловная, иная франшиза.
- 9.3. Безусловная франшиза предусматривает уменьшение размера выплаты по страховому случаю на размер установленной франшизы.
- 9.4. Условная франшиза предусматривает, что Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер страховой выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете размера страховой выплаты франшиза не учитывается.
- 9.5. Условиями Договора страхования может быть предусмотрено дополнительное условие применения франшизы. Выбор Страхователем франшизы и ее размер фиксируется в Договоре страхования, равно как и дополнительные условия её применения, если они устанавливаются.

10. Права и обязанности сторон

10.1. Страхователь имеет право:

- 10.1.1. требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора страхования;
- 10.1.2. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования или отказаться от Договора страхования в отношении части Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.2. Страхователь обязан:

- 10.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;
- 10.2.2. получить от каждого принимаемого на страхование лица согласие на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.
- 10.2.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;
- 10.2.4. передать Застрахованному лицу копию Договора страхования (полиса), ознакомить Застрахованное лицо с текстом Правил страхования, а также разъяснить Застрахованному лицу условия Договора страхования;
- 10.2.5. немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в Договоре страхования, при изменении иных сведений, предоставленных при заключении Договора страхования, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 (семи) рабочих дней. Сведения, представленные Страхователем при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

- 10.2.6. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
- 10.2.7. доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком в течение 7 (семи) календарных дней, если иное не установлено в Договоре страхования.

10.3. Застрахованное лицо имеет право:

- 10.3.1. требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора страхования;
- 10.3.2. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;
- 10.3.3. при утрате страховых документов получить их дубликат;
- 10.3.4. выбрать Сопровождающее лицо.

10.4. Застрахованное лицо обязано:

- 10.4.1. соблюдать порядок получения им медицинской помощи, предусмотренный Программой;
- 10.4.2. предоставлять Страховщику/Сервисной компании всю необходимую медицинскую документацию, подтверждающую первичное диагностирование у Застрахованного лица критического заболевания в целях получения альтернативного медицинского заключения;
- 10.4.3. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных медицинских и иных услуг, лекарственных средств, защитой прав Застрахованных;
- 10.4.4. предоставить Страховщику согласие на обработку персональных данных;
- 10.4.5. исполнять требования Страховщика, его представителя, Сервисной компании;
- 10.4.6. соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления медицинских и иных документов;
- 10.4.7. соблюдать лечебный режим, предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 10.4.8. не передавать страховой полис и Программу страхования другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования;
- 10.4.9. немедленно сообщить Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;
- 10.4.10. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при

заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

10.4.11. при утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

10.4.12. при невозможности воспользоваться услугой по оказанию медицинской (иной) помощи, заблаговременно отказаться от ее бронирования, предварительно выяснив условия такого отказа в Сервисной компании или при участии Страховщика;

10.4.13. уплачивать страховую премию/ страховые взносы, в случаях, когда это предусмотрено Договором страхования;

10.5. Страховщик имеет право:

10.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

10.5.2. перед заключением Договора страхования потребовать проведения дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

10.5.3. приостановить рассмотрение заявления на страхование, если лицо, заявленное на страхование в качестве Застрахованного лица, находится на госпитализации, временно нетрудоспособно, имеет направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (МСЭ), находится в местах лишения свободы, нуждается в постоянной посторонней медицинской помощи или представляет социальную опасность.

10.5.4. при наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени риска по Договору страхования, потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

10.5.5. Если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.5.6. запрашивать у Страхователя и Застрахованного лица медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, а также организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;

10.5.7. использовать информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг и/или лекарственных средств, защитой прав Застрахованных;

10.5.8. не признавать обращение Застрахованного лица в связи с первично диагностированным у него критическим заболеванием страховым случаем и не оказывать услуг по Договору страхования до момента получения Страховщиком согласия, указанного в п. 10.2.2., 10.4.3, 10.4.4 настоящих Правил.

10.5.9. получать письменное согласие от каждого принимаемого на страхование лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.

10.6. Страховщик обязан:

10.6.1. осуществить страховую выплату путем возмещения стоимости медицинской и иной помощи, оказанной Застрахованному лицу медицинскими и иными учреждениями в соответствии с условиями Договора страхования и/ или Программой страхования.

10.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного, Страховщика.

11. Действия сторон при первичном диагностировании у Застрахованного лица критического заболевания

11.1. В случае первичного диагностирования у Застрахованного лица критического заболевания, Застрахованное лицо или его представитель обязаны в целях сохранения здоровья Застрахованного лица незамедлительно известить об этом Сервисную компанию.

11.2. Датой первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания является дата установления ему медицинским специалистом (специалистами), имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного лица.

11.3. По факту обращения Застрахованного лица Страховщик и/или Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги. Оплата оказанных услуг происходит без участия Застрахованного лица в пределах лимитов, установленных Договором страхования.

11.4. В целях выявления необходимости получения Застрахованным лицом медицинской и иной помощи в связи с первично диагностированным критическим заболеванием, Застрахованное лицо обязано предоставить в Сервисную компанию медицинскую документацию, подтверждающую диагноз и связанные с ним медицинские показания.

11.5. Предоставляемые Застрахованным лицом или его представителем документы, выданные медицинскими учреждениями, должны содержать код диагноза по Международной классификации болезней (МКБ-10), заверены печатями (штампами) медицинского учреждения, датой и подписью врача.

11.6. В том случае, если Застрахованный является недееспособным, (в т.ч. несовершеннолетним), документы от его имени дополнительно предоставляют его законные представители, подтверждающие родство с Застрахованным лицом, иные полномочия, позволяющие представлять его интересы, документально заверенные в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.7. На основании медицинской документации, содержащей показания к лечению первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, эксперты профильной медицинской организации, согласованной со Страховщиком

и/или Сервисной компанией, специализирующиеся на диагностике и лечении первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, представляют альтернативное медицинское заключение, подтверждают или ставят собственный диагноз, предлагают оптимальный метод лечения.

- 11.8. В случае подтверждения альтернативным медицинским заключением наличия у Застрахованного лица впервые выявленного критического заболевания, Застрахованное лицо подлежит плановой госпитализации в профильное медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком и/или Сервисной компанией, специализирующееся на лечении данных заболеваний и находящееся за пределами страны постоянного места жительства и (или) гражданства Застрахованного лица.
- 11.9. В том случае, если альтернативное медицинское заключение не подтвердило наличия у Застрахованного лица впервые выявленного у него критического заболевания, событие не является страховым случаем и госпитализация Застрахованного лица не производится.

12. Объем и порядок осуществления страховой выплаты

- 12.1. Страховщик обязан принять решение о признании произошедшего события страховым случаем и выдать документы Застрахованному лицу документ, гарантирующий оплату медицинских и иных услуг предусмотренных Договором страхования, в течение 30 (тридцать) календарных дней с момента предоставления Страхователем/Застрахованным документов, предусмотренных п. 10.2.2, 10.4.3, 10.4.4 , 11.4-11.7 настоящих Правил.
- 12.2. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи, в соответствии с условиями Программы страхования и Договора страхования медицинскому учреждению или иной организации на основании выставленных Страховщику счетов.
- 12.3. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи и иных услуг) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские и иные учреждения:
- 12.3.1. за отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские и иные услуги;
 - 12.3.2. за число койко-дней (при стационарном лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, оказываемые Застрахованному и Сопровождающему его лицу;
 - 12.3.3. по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;
 - 12.3.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;
 - 12.3.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

13. Порядок решения споров

13.1. Споры, вытекающие из Договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ (СТРАХОВАТЕЛЬ – ЮРИДИЧЕСКОЕ ЛИЦО ИЛИ ИП)**

1. Полное наименование организации:

2. Юридический адрес (место нахождения):

3. Фактический адрес:

4. ИНН

5. ОГРН и место государственной регистрации:

6. Банковские реквизиты:

7. Вид деятельности организации:

8. ФИО руководителя, должность:

9. Телефоны/Факсы/ e-mail:

10. Иные сведения:

11. Прошу ООО «Группа Ренессанс Страхование» принять на страхование коллектив лиц в количестве _____ человек с учетом данных, представленных в таблице:

| № | ФИО | Дата рождения | Пол | Гражданство | ИНН (при наличии) | Паспортные данные | | | | Адрес прописки | Адрес проживания | Телефон | e-mail |
|---|-----|---------------|-----|-------------|-------------------|-------------------|-------|-----------|-------------|----------------|------------------|---------|--------|
| | | | | | | серия | номер | кем выдан | когда выдан | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

12. Срок действия Договора страхования:

С «___» _____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г.

13. Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления указанные в списке лица не имеют следующих заболеваний, связанных с ними осложнений и состояний:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения); психические, наркологические заболевания; алкоголизм; туберкулез; хронические гепатиты: С, Е, F, G; острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения; рак (любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, болезнь Ходжкина, спленомегалия) или злокачественная опухоль; любая опухоль или киста, мозговая или внутричерепная; лейкемия либо другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью свыше 1 месяца; сердечно – сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, перенесенное аорто- коронарное шунтирование, загрудинные боли при повышенной физической активности); инсульт (мозговое кровоотечение, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы); сахарный диабет; ожирение 3 - 4 степени; перенесенные операции по трансплантации следующих жизненно важных органов: сердце, сердечно- легочный комплекс, легкое, печень, костный мозг; инвалидность I или II группы, лечение или медицинское наблюдение в связи с возможностью онкологического или сердечно-сосудистого заболевания.

14. Подписывая настоящее Заявление Страхователь – Индивидуальный предприниматель / Представитель юридического лица подтверждает, что он не является иностранным публичным должностным лицом и/или его родственником, должностным лицом публичной международной организации, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ, а также не имеет регистрации, места жительства, счета в банке в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ,

15. Подписывая настоящее Заявление Страхователь – Индивидуальный предприниматель подтверждает, что не ограничен в дееспособности, а также его действия по иным основаниям не контролируют иное физическое лицо (бенефициарный владелец).

16. Подписывая настоящее Заявление, Страхователь выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Заявлении и в иных документах, передаваемых Страховщику, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи.

17. Страхователь предоставляет Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией лиц, принимаемых на страхование для решения вопросов, связанных с заключением и реализацией Договора страхования, а также предоставляет право медицинским организациям, в которых лица получают/ будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну.

18. Страхователь подтверждает, что все сведения, указанные в настоящем заявлении, являются полными и достоверными.

_____ (ФИО, подпись уполномоченного лица, печать) « ____ » _____ 20____ г. (дата)

Заявление составил: ФИО: _____ должность: _____ контактный телефон: _____

Приложение № 2 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ
ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СТРАХОВАТЕЛЬ – ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО)**

1. ФИО Страхователя:

2. Гражданство:

- РФ; - иное (указать) _____, документ, подтверждающий право нахождения в РФ (для иностранцев): _____

3. Дата рождения:

» _____ г.

4. Паспортные данные Страхователя:

Серия: _____ № _____, дата выдачи: « _____ » _____ г., кем выдан, код подразделения: _____

5. Адрес прописки (регистрации) Страхователя:

6. Телефон/Факс/ e-mail:

7. ФИО Застрахованного лица:

8. Пол:

- М; - Ж _____

9. Гражданство:

9.1. ИНН (при наличии)

- РФ; - иное (указать) _____

10. Дата рождения и место рождения:

« _____ » _____ г.

11. Паспортные данные Застрахованного лица:

Серия: _____ № _____, дата выдачи: « _____ » _____ г., кем выдан: _____

12. Адрес прописки Застрахованного лица:

13. Адрес фактического проживания Застрахованного лица:

14. Телефон/Факс/ e-mail:

15. Прошу заключить Договор на следующих условиях:

16. Срок действия Договора:

С « _____ » _____ 20 _____ г. по « _____ » _____ 20 _____ г.

17. Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления Застрахованное лицо (лица) не имеет следующих заболеваний и (или) связанных с ними осложнений и состояний:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения); психические, наркологические заболевания; алкоголизм; туберкулез; хронические гепатиты: С, Е, F, G; острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения; рак (любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, болезнь Ходжкина, спленомегалия) или злокачественная опухоль; любая опухоль или киста, мозговая или внутричерепная; лейкемия либо другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью свыше 1 месяца; сердечно – сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, перенесенное аорто- коронарное шунтирование, загрудинные боли при повышенной физической активности); инсульт (мозговое кровоизлияние, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы); сахарный диабет; ожирение 3 - 4 степени; перенесенные операции по трансплантации следующих жизненно важных органов: сердце, сердечно- легочный комплекс, легкое, печень, костный мозг; инвалидность I или II группы, лечение или медицинское наблюдение в связи с возможностью онкологического или сердечно-сосудистого заболевания.

18. Подписывая настоящее Заявление, Страхователь подтверждает, что он не является иностранным публичным должностным лицом и/или его родственником, должностным лицом публичной международной организации, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ, не имеет регистрации, места жительства, счета в банке в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ, а также выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Заявлении и в иных документах, передаваемых Страховщику, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления

Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, не ограничен в дееспособности, а также его действия по иным основаниям не контролируют иное физическое лицо (бенефициарный владелец).

19. Страхователь предоставляет Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией лиц, принимаемых на страхование для решения вопросов, связанных с заключением и реализацией Договора страхования, а также предоставляет право медицинским организациям, в которых лица получают/ будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну.

20. Страхователь подтверждает, что все сведения, указанные в настоящем заявлении, являются полными и достоверными. В случае если Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения в настоящем заявлении, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

_____ (подпись) _____ (ФИО) « ____ » _____ 20____ г. (дата)

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

(ЗАПОЛНЯЕТСЯ КАЖДЫМ ЛИЦОМ, ПРИНИМАЕМЫМ НА СТРАХОВАНИЕ)

(В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, АНКЕТА ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЕГО ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ)

Я, _____ (ФИО), прошу ООО «Группа Ренессанс Страхование» заключить в отношении меня (моего сына/ дочери/ иное _____) _____ (ФИО) договор добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний согласно нижеуказанной мною информации.

Подтверждаю, что все сведения, указанные мною в настоящей анкете, являются полными и достоверными.

Подтверждаю, что проинформирован о том, что в случае сообщения Страховщику заведомо ложных сведения в настоящем заявлении, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

| ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ | | | |
|--|---|-------------------------------|--|
| Дата рождения | «__» _____ года | Возраст: | _____ лет |
| Гражданство | <input type="checkbox"/> РФ; <input type="checkbox"/> иное (укажите) _____ | Пол: | <input type="checkbox"/> М; <input type="checkbox"/> Ж |
| Паспорт (свидетельство о рождении), Документы | серия _____ № _____ выдан: _____ _____ дата: «__» _____ г. | | |
| Адрес регистрации (прописки): | | | |
| Адрес фактического проживания: | | | |
| Телефон (мобильный): | Домашний: | e-mail: | |
| Место работы (учебы): | Должность: | | |
| МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА (заполняется в отношении каждого лица, принимаемого на страхование) | | | |
| 1. | Обращения в течение последних 10 лет за медицинской помощью в связи со следующими заболеваниями и связанными с ними состояниями: | | |
| 1.1. | Рак (любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, болезнь Ходжкина, спленомегалия, кахексия) или злокачественная опухоль | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 1.2. | Любая опухоль или киста (в т.ч. мозговая или внутричерепная) | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 1.3. | Лейкемия, либо, другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью более 1 месяца | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 1.4. | Любые сердечно – сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, перенесенное аорто- коронарное шунтирование, загрудинные боли, эндокардит, ишемическая болезнь) | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 1.5. | Инсульт (мозговое кровоотечение гемофилия, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы) | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 1.6. | Сахарный диабет | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 1.7. | Ожирение 3 или 4 степени | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 1.8. | Перенесенные операции по трансплантации следующих жизненно важных органов: сердце, сердечно-легочный комплекс, легкое, печень, костный мозг | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| 2. | Нахождение в настоящее время на лечении, либо под медицинским наблюдением в связи с возможностью сердечно – сосудистого или онкологического заболевания | <input type="checkbox"/> - Да | <input type="checkbox"/> - Нет |
| ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА | | | |
| <p>Я подтверждаю, что на момент подачи Заявления лицо, принимаемое на страхование, не имеет следующих заболеваний и (или) связанных с ними осложнений и состояний: ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения); психические, наркологические заболевания; алкоголизм; туберкулез; хронические гепатиты: С, Е, F, G; острая и хроническая лучевая болезнь и ее осложнения; инвалидность I или II группы.</p> <p>_____ (подпись) _____ (ФИО) «__» _____ 20__ г. (дата)</p> | | | |

Я ознакомлен и согласен с условием, при котором в случае наступления страхового события страховая выплата будет осуществлена медицинским и иным учреждениям, которые будут оказывать Застрахованному лицу, названному в настоящем Заявлении, медицинские и иные услуги.

Я своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие **ООО «Группа Ренессанс Страхование»**, зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22 на получение и передачу им сведений, составляющих врачебную тайну в целях осуществления добровольного медицинского страхования, организации оказания и/или оплаты медицинских и/или иных услуг, проведения необходимых медицинских и/или иных экспертиз.

Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом или его родственником, а также выражаю Страховщику согласие на обработку моих персональных данных передаваемых Страховщику, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи.

_____ (подпись) _____ (ФИО) «__» _____ 20__ г. (дата)

Приложение № 4 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1

| ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СТРАХОВАТЕЛЬ – ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО) № _____ ОТ « _____ » _____ 20__ Г. | | | | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|--|
| Настоящий полис подтверждает факт заключения договора добровольного медицинского страхования впервые диагностированного критического заболевания (далее – Договор) на условиях, изложенных в тексте настоящего Договора и его приложениях, а также в «Общих правилах добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 ООО «Группа Ренессанс Страхование» от « _____ » _____ 20__ г. (далее – Правила страхования). По настоящему Договору Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному по настоящему Договору лицу (далее – «Застрахованное лицо»), медицинским и иным учреждениям, оказавшим ему медицинские и иные услуги в пределах лимитов страховой суммы, оговоренных Договором. | | | | | | |
| СТРАХОВЩИК | ООО «Группа Ренессанс Страхование» (лицензия на осуществление страхования С № 1284 77 от 13 февраля 2006 г.). Россия, 115114, Москва, Дербеневская наб., 7, стр. 22, телефон: 8(800) 333-88-00, факс: 8 (495) 967-35-35 | | | СЕРВИСНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ | Название: | |
| | | | | | Телефоны: | |
| СТРАХОВАТЕЛЬ, ФИО | | | | Пол: | <input type="checkbox"/> М; <input type="checkbox"/> Ж | |
| Паспорт (документ, его заменяющий): | серия _____ № _____ выдан: _____ дата: « _____ » _____ г. | | | | | |
| Дата рождения: | « _____ » _____ г. | | | Гражданство | | |
| Адрес регистрации (прописки): | | | | Телефоны: | | |
| Адрес фактического проживания: | | | | | | |
| ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ФИО | | | | Пол: | <input type="checkbox"/> М; <input type="checkbox"/> Ж | |
| Паспорт (документ, его заменяющий): | серия _____ № _____ выдан: _____ дата: « _____ » _____ г. | | | | | |
| Дата рождения: | « _____ » _____ г. | | | Гражданство | | |
| Адрес регистрации (прописки): | | | | Телефоны: | | |
| Адрес фактического проживания: | | | | | | |
| ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ | | | | | | |
| Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, у которого было впервые диагностировано критическое заболевание, связанные с необходимостью получения им альтернативного медицинского заключения, а также медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства или постоянного проживания в порядке и в соответствии с условиями настоящего Договора страхования | | | | | | |
| СТРАХОВОЙ РИСК (СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ) | | | | | | |
| Критическое заболевание (п. 3.2. Правил), впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока действия страховой защиты по Договору страхования, подтвержденное альтернативным медицинским заключением и повлекшее несение расходов по оплате медицинской и иной помощи, предусмотренной Программой страхования и Договором страхования за пределами страны гражданства и (или) постоянного проживания в пределах лимитов страховой суммы. (Подробнее пункт 4.2 Правил страхования) | | | | | | |
| СТРАХОВАЯ СУММА, ВАЛЮТА | Цифрами: | | | | | |
| | Прописью: | | | | | |
| ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (в соответствии с п.5.2.Правил) | Виды услуг | Страховой тариф | Франшиза | Лимит страховой суммы | | |
| | <input type="checkbox"/> Медицинские услуги | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Транспортные услуги | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Сопровождение | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Сервисные услуги | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Иные услуги _____ | | | | | |
| ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ | | | | | | |
| СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ | Цифрами: | | | | | |
| | Прописью: | | | | | |
| Порядок оплаты страховой премии: <input type="checkbox"/> единовременно: в сумме _____ (валюта) в срок до « _____ » _____ 20__ г. <input type="checkbox"/> в рассрочку: | | | | | | |
| № страхового периода | Срок оплаты | Сумма, валюта | № страхового периода | Срок оплаты | Сумма, валюта | |
| | | | | | | |
| СРОК СТРАХОВАНИЯ | С « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г. включительно, при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в указанные в Договоре сроки. | | | | | |
| Если в полисе имеются неоговоренные исправления, дополнения, либо подчистки и приписки, Договор страхования считается незаключенным. | | | | | | |
| ПРИЛОЖЕНИЯ: <input type="checkbox"/> Заявление на страхование; <input type="checkbox"/> Анкеты Застрахованных лиц в количестве ____; <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | |
| Подписывая настоящий полис, Страхователь заключает Договор страхования на изложенных выше условиях и подтверждает, что все сведения, указанные в настоящем полисе и приложениях к нему, являются полными и достоверными. В случае если Страхователь сообщил Страховщику при заключении настоящего Договора заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания настоящего Договора недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. | | | | | | |
| Подписывая настоящий полис, Страхователь подтверждает, что с Правилами страхования ознакомлен, согласен, текст Правил страхования на руки получил. | | | | | | |
| Подписывая настоящий полис Страхователь подтверждает, что он не является иностранным публичным должностным лицом или его родственником, а также выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. | | | | | | |
| ПОДПИСИ СТОРОН | | | | | | |
| Страховщик | | | Страхователь | | | |
| | подпись | ФИО | | подпись | ФИО | |
| ДАТА ВЫДАЧИ ДОГОВОРА: « _____ » _____ 20__ г. | | | | | | |

Приложение № 5 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1

| ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СТРАХОВАТЕЛЬ – ЮРИДИЧЕСКОЕ ЛИЦО ИЛИ ИП) № ____ ОТ « ____ » _____ 20 ____ Г. | | | | | |
|--|---|--|------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Настоящий полис подтверждает факт заключения договора добровольного медицинского страхования впервые диагностированного критического заболевания (далее – Договор) на условиях, изложенных в тексте настоящего Договора и его приложениях, а также в «Общих правилах добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 ООО «Группа Ренессанс Страхование» от « ____ » _____ 20__ г. (далее – Правила страхования). По настоящему Договору Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному по настоящему Договору лицу (далее – «Застрахованное лицо»), медицинским и иным учреждениям, оказавшим ему медицинские и иные услуги в пределах лимитов страховой суммы, оговоренных Договором. | | | | | |
| СТРАХОВЩИК | ООО «Группа Ренессанс Страхование» (лицензия на осуществление страхования С № 1284 77 от 13 февраля 2006 г.) Россия, 115114, Москва, Дербеневская наб., 7, стр. 22, телефон: 8(800) 333-88-00, факс: 8 (495) 967-35-35 | | СЕРВИСНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ | Название: | |
| | | | | Телефоны: | |
| СТРАХОВАТЕЛЬ (название организации) | | | | Телефоны: | |
| Юридический адрес | | | | Факс: | |
| Почтовый адрес | | | | e-mail | |
| ОГРН | | | | ИНН | |
| ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ | | | | | |
| Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, у которого было впервые диагностировано критическое заболевание, связанные с необходимостью получения им альтернативного медицинского заключения, а также медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства или постоянного проживания в порядке и в соответствии с условиями настоящего Договора страхования | | | | | |
| СТРАХОВОЙ РИСК | | | | | |
| Критическое заболевание (п. 3.2. Правил), впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока действия страховой защиты по Договору страхования, подтвержденное альтернативным медицинским заключением и повлекшее несение расходов по оплате медицинской и иной помощи, предусмотренной Программой страхования и Договором страхования за пределами страны гражданства и (или) постоянного проживания в пределах лимитов страховой суммы. Подробнее пункт 4.2 Правил страхования. | | | | | |
| СТРАХОВАЯ СУММА, ВАЛЮТА | | Цифрами: | | | |
| | | Прописью: | | | |
| ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (в соответствии с п.5.2. Правил) | | Виды услуг | Страховой тариф | Франшиза | Лимит страховой суммы |
| | | <input type="checkbox"/> Медицинские услуги | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Транспортные услуги | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Сопровождение | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Сервисные услуги | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Иные услуги _____ | | | |
| ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ | | | | | |
| СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ | | | | | |
| СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ | | | | | |
| Порядок оплаты страховой премии: <input type="checkbox"/> единовременно: в сумме _____ (валюта) в срок до « ____ » _____ 20 ____ г.; <input type="checkbox"/> в рассрочку: | | | | | |
| № страхового периода | Срок оплаты | Сумма, валюта | № страхового периода | Срок оплаты | Сумма, валюта |
| | | | | | |
| СРОК СТРАХОВАНИЯ | с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г. включительно, при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в указанные в Договоре сроки. | | | | |
| Если в полисе имеются неоговоренные исправления, дополнения, либо подчистки и приписки, Договор страхования считается незаключенным. | | | | | |
| ПРИЛОЖЕНИЯ: <input type="checkbox"/> Заявление на страхование; <input type="checkbox"/> список Застрахованных лиц; <input type="checkbox"/> анкеты Застрахованных лиц в количестве ____; <input type="checkbox"/> _____; | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Подписывая настоящий полис, страхователь заключает Договор страхования на изложенных выше условиях и подтверждает, что все сведения, указанные в настоящем полисе и приложениях к нему, являются полными и достоверными, В случае если страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения при оформлении настоящего Договора, страховщик вправе потребовать признания настоящего Договора недействительным в порядке, предусмотренном законодательством РФ. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Подписывая настоящий полис, Страхователь подтверждает, что он не является иностранным публичным должностным лицом или его родственником, а также выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. | | | | | |
| Подписывая настоящий полис, Страхователь подтверждает, что с Правилами страхования ознакомлен, согласен, текст Правил страхования на руки получил. | | | | | |
| ПОДПИСИ СТОРОН: | | | | | |
| Страховщик | | | Страхователь | | |
| | подпись | ФИО | | подпись | ФИО |
| ДАТА ВЫДАЧИ ДОГОВОРА: « ____ » _____ 20 ____ г. | | | | | |

ДОГОВОР
добровольного медицинского страхования
на случай впервые диагностированных критических заболеваний

г. Москва

" ____ " _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Группа Ренессанс Страхование», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании Доверенности № _____ от « ____ » _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующий на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», на основании Общих правил добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1, утвержденных Приказом Генерального директора ООО «Группа Ренессанс Страхование» № ____ от « ____ » _____ 20__ г. (далее – «Правила страхования»), заключили настоящий договор добровольного медицинского страхования впервые диагностированных критических заболеваний (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных застрахованным по настоящему Договору лицам (далее – «Застрахованные лица» или «Застрахованные»), медицинским и иным учреждениям, оказавшим Застрахованному лицу медицинские и иные услуги в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы).
- 1.2 Настоящий Договор заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного медицинского страхования впервые диагностированных критических заболеваний №1, утвержденных Приказом Генерального директора ООО «Группа Ренессанс Страхование» № ____ от « ____ » _____ 20__ г. (далее – «Правила страхования»). При противоречии между условиями настоящего Договора и Правил страхования, преимущественную силу имеют положения настоящего Договора. Правоотношения сторон, не урегулированные настоящим Договором, определяются в соответствии с положениями Правил страхования.
- 1.3. По Договору в соответствии с п.2.2. Правил страхования не могут быть застрахованы следующие лица _____.
(указать конкретные ограничения)
- 1.4. Страховщик вправе принять решение о страховании по настоящему Договору лиц старше _____ лет на особых условиях, дополнительно оговариваемых Сторонами.
- 1.5. Застрахованным по настоящему Договору является гражданин, в пользу которого заключен Договор и который включен Страхователем в список, принятый Сторонами в качестве Приложения 1 к Договору.
- 1.6. Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора составляет ____ (количество Застрахованных лиц прописью) человек. Перечень Застрахованных лиц на дату заключения Договора указан в Приложении № 1 к Договору.

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, у которого в периоде действия Договора страхования было впервые диагностировано критическое заболевание, связанные с необходимостью получения им альтернативного медицинского заключения, а также медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства или постоянного проживания в порядке и в соответствии с условиями Договора страхования.
- 2.2. В соответствии с Правилами страховым случаем является критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования, подтвержденное альтернативным медицинским заключением, повлекшее несение нижеуказанных расходов по оплате медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства и (или) постоянного проживания, в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования:
- 2.2.1. Получение Застрахованным лицом альтернативного медицинского заключения после первичного диагностирования у него критического заболевания;
 - 2.2.2. Лечение рака:
 - 2.2.2.1. Лечение злокачественных опухолей без наличия удаленных метастаз;
 - 2.2.3. Хирургическая операция на коронарных артериях (аорто- коронарное шунтирование):
 - 2.2.3.1. Операция на открытом сердце;
 - 2.2.3.2. Шунтирование на двух и более коронарных артериях.
 - 2.2.4. Операция на сердце:
 - 2.2.4.1. Замена и (или) пересадка одного и более клапанов.
 - 2.2.5. Пересадка донорских тканей и органов:
 - 2.2.5.1. Пересадка почек, частей печени, легких, костного мозга или поджелудочной железы.
 - 2.2.6. Нейрохирургическая операция:
 - 2.2.6.1. Любое хирургическое вмешательство – мозговое/ внутрочерепное.
- 2.3. По настоящему Договору при первичном диагностировании у Застрахованного лица критического заболевания в соответствии с пп. 4.2, 4.3. Правил ему будут оказаны следующие медицинские услуги:
- 2.3.1. Проведение и подготовка для Застрахованного лица альтернативного медицинского заключения.
 - 2.3.2. _____;
 - 2.3.3. _____;
 - 2.3.4. _____;
 - 2.3.5. _____;
 - 2.3.6. _____.
- 2.4. По настоящему Договору при наступлении страхового случая в соответствии с условиями с п. 5.2. Правил и Программы страхования Застрахованному лицу будут оказаны следующие услуги, связанные с необходимостью получения Застрахованным лицом медицинской помощи и иной помощи за пределами страны гражданства или постоянного проживания:
- 2.4.1. _____;
 - 2.4.2. _____;
 - 2.4.3. _____;
 - 2.4.4. _____;
 - 2.4.5. _____.

2.4.6.

2.5. Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком медицинские и иные услуги, оказанные в связи со следующими обстоятельствами (в соответствии с Главой 6 Правил): _____

(указать конкретные исключения)

2.6. Страховая сумма по настоящему Договору устанавливается в соответствии с п. 8.2 Правил страхования и составляет _____ (валюта).

2.7. Страховая сумма, установленная по Договору страхования на одно Застрахованное лицо, является предельным лимитом возмещения по одному страховому случаю.

2.8. Лимиты ответственности Страховщика, установленные по Договору страхования на одно Застрахованное лицо в соответствии с п. 8.3. Правил составляют:

| Виды услуг (отметить нужное) | Лимит страховой суммы, валюта |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Медицинские услуги, п. 5.2.1. Правил | |
| <input type="checkbox"/> Транспортные услуги, п. 5.2.2. Правил | |
| <input type="checkbox"/> Сопровождение, п. 5.2.3. Правил | |
| <input type="checkbox"/> Сервисные услуги, п. 5.2.4. Правил | |
| <input type="checkbox"/> Иные услуги, п. 5.2.5. Правил | |

2.9. Настоящим Договором в соответствии с п. 9.2. Правил предусмотрена _____ (вид) франшиза в размере _____ (величина).

2.10. Общая Страховая премия по настоящему Договору страхования составляет _____ (валюта) и оплачивается *единовременно в срок до «__» _____ 20__ г./в рассрочку:*

| Страховой период | Срок оплаты | Сумма взноса, валюта | Страховой период | Срок оплаты | Сумма взноса, валюта |
|------------------|-------------|----------------------|------------------|-------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

2.11. Страховая премия по Договору страхования на одно Застрахованное лицо составляет:

| Страховая сумма на одно Застрахованное лицо (валюта) | ФИО Застрахованных лиц |
|--|------------------------|
| | |

2.12. Общая страховая премия уплачивается Страхователем в рублях, *безналичным платежом на расчетный счет Страховщика/ либо наличными в кассу Страховщика.*

3. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ, ЕГО ДЕЙСТВИЕ

3.1. Договор страхования вступает в силу с «__» _____ 20__ г. Срок страхования: с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. включительно, *при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в указанные в Договоре сроки / по истечении Периода ожидания (в соответствии с п. 7.12 Правил), длительностью с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. (указать при наличии периода ожидания).*

3.2. Страхователь, а так же лица, застрахованные по Договору страхования, в пользу которых заключен Договор, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О персональных данных» выражают Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования.

3.3. Страхователь, а так же лица, в пользу которых заключен Договор страхования, подтверждают свое согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также

- об условиях продления правоотношений со Страховщиком путем прямых контактов с помощью средств связи.
- 3.4. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя (Застрахованного) 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 (Застрахованным лицом) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.
 - 3.5. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.
 - 3.6. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским учреждениям, в которых Страхователь (Застрахованное лицо) получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну. Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.
 - 3.7. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия, в том числе аббревиатуру, отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено законодательством Российской Федерации.
 - 3.8. Настоящий Договор заключен на условиях: *«по первому случаю» (в соответствии с п. 7.14 Правил) «по каждому случаю».*
 - 3.9. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования срок или оплаты Страхователем очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования, оплаченного по Договору страхования предыдущим страховым взносом (страховыми взносами). Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты очередного страхового взноса, а также после даты, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их, в течение 7 (семи) календарных дней. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется через кассу Страховщика или безналичным расчетом, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 4.1 Настоящий Договор страхования прекращается в случаях:
- 4.1.1 Истечения срока действия Договора страхования;
 - 4.1.2 Исполнения Страховщиком обязательства по страховой выплате в размере страховой суммы, установленной в Договоре страхования;
 - 4.1.3 Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации, за исключением случаев передачи страхового портфеля;
 - 4.1.4 Ликвидации Страхователя – юридического лица, или смерти Страхователя – физического лица, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
 - 4.1.5 Если возможность наступления страхового случая отпала, и/или существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 4.1.6 Расторжения Договора страхования по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
 - 4.1.7 Расторжения Договора страхования по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и/ или Договором страхования;
 - 4.1.8 Отказа Страхователя от Договора страхования. При этом Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 4.1.9 В других случаях, установленных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами, а также следующими условиями Договора страхования:
-
- 4.2. В случае необходимости расторжения в отношении Застрахованных лиц Договора страхования, Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты, указанной в дополнительном соглашении, закрепляющим исключение их из списка Застрахованных лиц. Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.
- 4.3. Дополнительные условия, установленные по соглашению сторон:
-

5. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ ПЕРВИЧНОМ ДИАГНОСТИРОВАНИИ У ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПЕРВИЧНО ДИАГНОСТИРОВАННОГО КРИТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 5.1. В случае первичного диагностирования у Застрахованного лица критического заболевания, Застрахованное лицо или его представитель обязаны в целях сохранения здоровья Застрахованного лица незамедлительно известить об этом Сервисную компанию.
- 5.2. Датой первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания является дата установления ему медицинским специалистом (специалистами), имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного лица.
- 5.3. По факту обращения Застрахованного лица Страховщик и/или Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги. Оплата оказанных услуг происходит без участия Застрахованного лица в пределах, установленных Договором страхования.
- 5.4. В целях выявления необходимости получения Застрахованным лицом медицинской и иной помощи в связи с первично диагностированным критическим заболеванием, Застрахованное лицо обязано предоставить в Сервисную компанию медицинскую документацию, подтверждающую диагноз и связанные с ним медицинские показания.
- 5.5. Предоставляемые Застрахованным лицом или его представителем документы, выданные медицинскими учреждениями, должны содержать код диагноза по Международной

классификации болезней (МКБ-10), заверены печатями (штампами) медицинского учреждения, датой и подписью врача.

- 5.6. В том случае, если Застрахованный является недееспособным, (в т.ч. несовершеннолетним), документы от его имени дополнительно предоставляют его законные представители, подтверждающие родство с Застрахованным лицом, и/ или иные полномочия, позволяющие представлять его интересы, документально заверенные в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.7. На основании медицинской документации, содержащей показания к лечению первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, эксперты профильной медицинской организации, согласованной со Страховщиком и/или Сервисной компанией, специализирующиеся на диагностике и лечении первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, представляют альтернативное медицинское заключение, подтверждают или ставят собственный диагноз, предлагает оптимальный метод лечения.
- 5.8. В случае подтверждения альтернативным медицинским заключением наличия у Застрахованного лица впервые выявленного критического заболевания, Застрахованное лицо подлежит плановой госпитализации в профильное медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком и/или Сервисной компанией, специализирующееся на лечении данных заболеваний и находящееся за пределами страны постоянного места жительства и (или) гражданства Застрахованного лица.
- 5.9. В том случае, если альтернативное медицинское заключение не подтвердило наличия у Застрахованного лица впервые выявленного у него критического заболевания, события не является страховым случаем и госпитализация Застрахованного лица не производится.

6. ОБЪЕМ И ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 6.1. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи, в соответствии с условиями Программы страхования и Договора страхования медицинскому учреждению или иной организации на основании выставленных Страховщику счетов.
- 6.2. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи и иных услуг) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские и иные учреждения:
 - 6.1.1. за отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские и иные услуги;
 - 6.1.2. за число койко-дней (при стационарном лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, оказываемые Застрахованному лицу;
 - 6.1.3. по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;
 - 6.1.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;
 - 6.1.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 7.1. Споры, вытекающие из Договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 7.2. Право на предъявление требования к Страховщику о страховой выплате погашается истечением установленного законодательством срока исковой давности.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Подписывая настоящий Договор страхования, Страхователь подтверждает, что с Правилами страхования ознакомлен, согласен, текст Правил страхования на руки получил.

9. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

| Страхователь: | Страховщик: |
|---------------|---|
| _____ | ООО «Группа Ренессанс Страхование» 115114, г. Москва, ул. Дербеневская, д. 7, стр. 22 Р/с: К/с: БИК: ИНН: |

10. ПОДПИСИ СТОРОН

| Страхователь: | Представитель Страховщика: |
|------------------|----------------------------|
| _____ Подпись | _____ Подпись |
| _____ Дата | _____ Дата |

Приложение № 1 к Договору/ Полису добровольного медицинского
страхования на случай впервые диагностированных
критических заболеваний
№ _____ от «___» _____ 20___ г.

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

| № | Фамилия Имя Отчество | Дата рожде ния | Пол | Гражд анство | ИНН при налич ии | Паспортные данные | | | | Адрес пропи ски | Адрес прожива ния | Телефон | e-mail |
|---|----------------------------|----------------------|-----|-----------------|---------------------------|-------------------|-------|--------------|----------------|-----------------------|-------------------------|---------|--------|
| | | | | | | сери я | номер | кем выдан | когда выдан | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| Страхователь: _____ | Страховщик: ООО «Группа Ренессанс Страхование» |
| _____ | 115114, г. Москва, ул. Дербеневская, д. 7, стр. 22 Р/с: К/с: БИК: ИНН: |
| _____ Подпись (печать при необходимости) | _____ Подпись, печать |
| _____ Дата | _____ Дата |

Приложение № 7 к Общим правилам добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1

Программа добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний №1 ООО «Группа Ренессанс Страхование» (медицинские услуги, транспортировка, сопровождение, сервисные услуги).

По настоящей Программе ООО «Группа Ренессанс Страхование» оплачивает организацию и финансирование медицинских и иных услуг, оказанных в связи с первичным диагностированием у Застрахованного лица критического заболевания в соответствии с медицинскими показаниями, подтвержденными альтернативным медицинским заключением и при условии обязательного предварительного согласования оказания услуг с Сервисной компанией.

При условии подтверждения впервые диагностированного критического заболевания альтернативным медицинским заключением, Сервисная компания организует для Застрахованного лица плановую госпитализацию в стационар надлежащего профиля, находящийся за пределами страны гражданства или постоянного проживания Застрахованного лица.

Решение об условиях транспортировки Застрахованного лица в/ из стационара принимается Страховщиком и/ или Сервисной компанией с учетом состояния здоровья Застрахованного лица и имеющихся медицинских показаний.

Страховщик не несет ответственности по оплате услуг, оказанных Застрахованному лицу третьими лицами без предварительного согласования с Сервисной компанией и /или Страховщиком.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей Программе и при соблюдении вышеперечисленных условий ООО «Группа Ренессанс Страхование» оплачивает следующие услуги:

- a. **Медицинские услуги**, включающие в себя:
 - i. альтернативное медицинское заключение, проводимое в целях подтверждения правильности поставленного диагноза впервые диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, включая экстренные медицинские консультации по телефону, иным средствам связи;
 - ii. предоставление Застрахованному (Сопровождающему) лицу информации о медицинских учреждениях надлежащего профиля, информационная поддержка;
 - iii. организацию плановой госпитализации Застрахованного лица в стационар медицинского учреждения, находящегося за пределами страны гражданства и (или) места постоянного проживания Застрахованного лица;
 - iv. стационарное лечение (включая оплату пребывания в лечебном учреждении, либо, в отеле (три звезды) в случае невозможности поступления в стационар при условии подтвержденной плановой госпитализации), врачебные манипуляции, обследования, операции, интенсивную терапию, лекарственные и перевязочные средства и прочие госпитальные расходы;
 - v. амбулаторную медицинскую помощь (в том числе врачебные манипуляции, лекарственные и перевязочные средства);

- vi. патронаж (дежурство медицинского персонала у постели больного, назначенные процедуры и манипуляции);
- vii. обеспечение Застрахованного лица назначенными врачом медикаментами.
 - b. **Транспортные услуги**, включающие в себя:
 - i. транспортировку Застрахованного лица, предусматривающую проезд или перелет с места жительства до ближайшего к требуемому медицинскому учреждению транспортного узла, у которого есть прямое международное сообщение с населенным пунктом в стране постоянного жительства Застрахованного лица и обратно. Решение об условиях транспортировки принимается Страховщиком и/или Сервисной компанией с учетом медицинских показаний. (Страховщик/Сервисная компания не оказывают транспортных услуг, если доступ на территорию нахождения Застрахованного (Сопровождающего) лица представляет чрезмерную опасность, например, в случае их нахождения в зоне стихийного бедствия и т.п.);
 - ii. трансфер (доставку) Застрахованного лица пассажирским транспортом по факту прибытия в страну получения медицинской помощи с вокзала или из аэропорта в стационар (иное место назначения), а также по факту окончания курса медицинской помощи на вокзал или в аэропорт;
 - iii. предоставление местного санитарного транспорта в связи с экстренными медицинскими показаниями – доставка Застрахованного лица на специально оборудованном для перевозки медицинском транспорте в требуемое медицинское учреждение;
 - iv. посмертную репатриацию в случае смерти Застрахованного лица во время его пребывания в стране оказания медицинской помощи: вскрытие, подготовка тела для репатриации, гроб, требуемый для перевозки, перевозка останков в аэропорт/ на вокзал, с которым имеется прямое авиа-/железнодорожное сообщение и который является наиболее близким к предполагаемому месту захоронения на территории страны гражданства или постоянного места жительства Застрахованного лица. (По согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица посмертная репатриация может быть заменена кремацией и транспортировкой урны с прахом до ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания). Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренной в Договоре страхования суммы. Страховщик не оплачивает расходы на погребение и ритуальные услуги. Репатриация тела (или урны с прахом) организуется только Сервисной компанией по согласованию со Страховщиком.
 - c. **Сопровождение Застрахованного лица**, включающее в себя:
 - i. оплату транспортных услуг, перечисленных в пп. 5.1.2.1. – 5.1.2.2. для лица, Сопровождающего Застрахованного в медицинское учреждение;
 - ii. проживание Сопровождающего лица в отеле (три звезды), расположенном в одном населенном пункте со стационаром медицинского учреждения, либо совместное пребывание с Застрахованным лицом в палате, специально оборудованной для проживания лиц, сопровождающих пациента;
 - iii. оплату для Сопровождающего лица Сервисных услуг, перечисленных в пп. 5.1.4.1.-5.1.4.2.
 - d. **Сервисные услуги**, включающие в себя:
 - i. содействие в организации поездки – помощь Застрахованному (Сопровождающему) лицу при бронировании билетов, консультирование

- по вопросам посещения страны, выбранной для прохождения
Застрахованным лицом медицинской помощи;
- ii. визовая поддержка – помощь Застрахованному (Сопровождающему) лицу в получении визы (иного разрешения на пребывание) в иностранное государство по месту расположения стационара медицинского учреждения. Страховщик не несет ответственности за случаи отказа компетентными органами Застрахованному (Сопровождающему) лицу в выезде за пределы Российской Федерации и/ или во въезде на территорию иностранного государства.
- e. **Иные услуги**, предусмотренные Договором страхования.
- f. По соглашению между Страховщиком и Страхователем перечень медицинских и иных может быть указан в Договоре страхования в различных комбинациях и в любом объеме в пределах Программы страхования.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг, предусмотренных Программой страхования, Застрахованное лицо, у которого было впервые диагностировано критическое заболевание, или его представитель должны в интересах сохранения Застрахованным лицом здоровья незамедлительно обратиться в Сервисную компанию по телефонам, указанным в полисе (Договоре страхования) для согласования порядка оказания услуг.

2.2 По факту предоставления в Сервисную компанию всех необходимых медицинских документов, содержащих показания к лечению первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, эксперты профильной медицинской организации, согласованной со Страховщиком и/или Сервисной компанией, специализирующиеся на диагностике и лечении первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, представляют альтернативное медицинское заключение, подтверждают или ставят собственный диагноз, предлагают оптимальный метод лечения.

2.3 В случае подтверждения альтернативным медицинским заключением наличия у Застрахованного лица впервые выявленного критического заболевания, Застрахованное лицо подлежит плановой госпитализации в профильное медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком и/или Сервисной компанией, специализирующееся на лечении данных заболеваний и находящееся за пределами страны постоянного места жительства и (или) гражданства Застрахованного лица.

2.4 В том случае, если альтернативное медицинское заключение не подтвердило наличия у Застрахованного лица впервые выявленного у него критического заболевания, события не является страховым случаем и госпитализация Застрахованного лица не производится.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1 Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком медицинские и иные услуги, а также обращения Застрахованного лица, связанные со следующими обстоятельствами:

3.1.1 услуги, не предусмотренные Договором страхования и Программой страхования, в том числе в медицинских учреждениях, не входящих в перечень, предоставленный Сервисной компанией;

3.1.2 услуги, не согласованные предварительно со Страховщиком и/или Сервисной компанией;

3.1.3 нарушение Застрахованным лицом предписаний Страховщика, Сервисной компании;

3.1.4 обращение Застрахованного лица за альтернативным медицинским заключением по причинам, не связанным с первично диагностированным у него критическим заболеванием (пп.3.2.2.-3.2.6. Правил страхования);

3.1.5 получение медицинских услуг, не назначенных лечащим врачом или выполняемых по желанию Застрахованного лица;

3.1.6 диагностика и лечение, осуществляемые родственниками Застрахованного лица;

3.1.7 отказ Застрахованного лица (его представителя) от предложенного лечения, в результате повлекшее затягивание процесса выздоровления;

3.1.8 отказ Застрахованного (Сопровождающего) лица от возвращения к постоянному месту жительства, когда оно разрешено по медицинским показаниям, в сроки и на условиях,

определенных Страховщиком по согласованию с Сервисной компанией. В случае отказа от возвращения к постоянному месту жительства, разрешенного по медицинским показаниям, Страховщик полностью прекращает оплату услуг, оказываемых Застрахованному и Сопровождающему его лицу с момента такого отказа;

3.1.9 проведение медицинского обследования Застрахованного лица, в результате которого у него было первично диагностировано критическое заболевание;

3.1.10 получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

3.1.11 умышленное причинение себе телесных повреждений или покушение на самоубийство;

3.1.12 преднамеренные действия Страхователя, Застрахованного лица или лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;

3.1.13 самолечение Застрахованного лица, в том числе обращение к средствам нетрадиционной медицины, повлекшее ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса;

3.1.14 нарушение Застрахованным лицом лечебного режима, предписаний лечащего врача;

3.1.15 перемена пола;

3.1.16 алкоголизм, токсикомания, наркомания;

3.1.17 ВИЧ-инфекция, СПИД на любой его стадии;

3.1.18 особо опасные инфекционные болезни (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения);

3.1.19 психические заболевания независимо от сроков выявления;

3.1.20 туберкулез;

3.1.21 хронические гепатиты: С, Е, F, G;

3.1.22 острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения;

3.1.23 оказание медицинской и иной помощи в связи с повторным обращением Застрахованного лица по аналогичным медицинским показаниям, в том случае, если ранее назначенная плановая госпитализация не состоялась по инициативе Застрахованного лица или его представителя;

3.1.24 упущенная выгода, моральный вред, состояния, связанные с профессиональными ошибками врачей;

3.1.25 эпидемии, подтвержденные справками компетентных органов;

3.1.26 иные обстоятельства, предусмотренные Правилами и Договором страхования.

3.2 Не является страховым случаем и не оплачивается обращение Застрахованного лица по причине критического заболевания, впервые диагностированного у него вне срока действия страховой защиты по Договору страхования.

3.3 Не является страховым случаем и не оплачивается обращение Застрахованного лица по поводу тех случаев, которые в соответствии с условиями настоящей Программы страхования и Договора страхования не оплачиваются Страховщиком.

3.4 Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

3.4.1 воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.4.2 военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

3.4.3 гражданской войной или забастовками;

3.4.4 стихийными бедствиями (если иное не предусмотрено Договором страхования);

3.4.5 террористическими актами (если иное не предусмотрено Договором страхования).

3.5 Иными обстоятельствами, предусмотренными Правилами и Договором страхования.