

Страхование на случай диагностирования
смертельно опасных заболеваний

Полисные условия страхования



Райффайзен
ЛАЙФ

Утверждено приказом Генерального директора
ООО «СК «Райффайзен Лайф»
№ 725/19 от «14» июня 2019 г.

Полисные условия страхования на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний

(первоначальная редакция утверждена приказом № 725/19 от «14» июня 2019 года)

Содержание

Определения	4
1/ Общие положения	10
2/ Субъекты страхования	11
3/ Объекты страхования	12
4/ Страховые случаи	12
5/ Исключения	13
6/ Основания освобождения страховщика от страховой выплаты	14
7/ Страховая сумма	15
8/ Страховая премия, страховые взносы и порядок оплаты	15
9/ Договор страхования: порядок заключения, срок действия и порядок прекращения	16
10/ Права и обязанности сторон	18
11/ Страховая выплата	20
12/ Порядок разрешения споров	24
13/ Налоги, пошлины, сборы	24

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Стороны используют в настоящих Полисных условиях следующие термины, имеющие определенное значение применительно ко всему тексту настоящих Полисных условий:

Болезнь (Заболевание) — диагностированное сертифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

Врач — специалист с высшим медицинским образованием, что подтверждается соответствующим документом, имеющий право заниматься медицинской деятельностью, не являющийся родственником Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с Медицинским учреждением.

Второе медицинское мнение — означает услугу, в рамках которой Застрахованному лицу предоставляется второе альтернативное медицинское мнение (заключение) по впервые диагностированному Онкологическому заболеванию, предусмотренному Договором страхования, и плану его лечения посредством индивидуального анализа медицинской документации по диагнозу Квалифицированным специалистом в области здравоохранения, выбранным по усмотрению Страховщика и Сервисного центра Страховщика. Предоставляется однократно в период действия Договора страхования по одному впервые диагностированному Онкологическому заболеванию, по которому у Застрахованного лица уже имеется первичное заключение врача, и которое признано Страховым случаем.

Выгодоприобретатель — лицо, в пользу которого заключен Договор страхования. В случае смерти Застрахованного лица в результате диагностированного и заявленного Страховщику Смертельно опасного заболевания, предусмотренного Договором страхования, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в этом случае Страховая сумма выплачивается таким Выгодоприобретателям пропорционально их наследственным долям.

Законные представители Ребенка (Детей) — в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации: родители, усыновители, попечители и опекуны, предоставившие оригиналы или нотариально заверенные копии документов, необходимых для подтверждения статуса Законного представителя Ребенка (Детей).

Застрахованное лицо (Основное Застрахованное лицо) — физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования. Такое лицо не может быть старше 60 (шестидесяти) полных лет на дату заключения Договора страхования. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц.

Договор страхования — соглашение, заключенное между Страховщиком и Страхователем, согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором сумму (Страховую сумму) в случае Диагностирования Смертельно опасного заболевания. Страховой сертификат (оферта) и Полисные условия являются неотъемлемыми частями Договора страхования.

Льготный период — период, начинающийся с даты возникновения задолженности по оплате очередного Страхового взноса и длящийся 30 (тридцать) календарных дней, в течение которого Страховщик предоставляет Страхователю возможность погасить возникшую задолженность по оплате очередного Страхового взноса.

Медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и Лечение Заболеваний.

Медицинские учреждения — применительно к настоящим Полисным условиям — это учреждения здравоохранения всех форм собственности, зарегистрированные и осуществляющие свою деятельность как в Российской Федерации, так и за рубежом, имеющие в той мере, в какой это применимо, соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследова-

тельской и иных видов медицинской деятельности, с которыми соответствующие договорные отношения заключены от имени и в интересах Страховщика Сервисным центром Страховщика. К Медицинским учреждениям относятся лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ): больничные учреждения, диспансеры, клиники и другие; аптечные учреждения и (или) аптеки Медицинских учреждений.

Период ожидания — период времени, равный 90 (девяноста) календарным дням с даты вступления Договора страхования в силу, в течение которого любые Заболевания, которые были диагностированы либо симптомы которых проявились в указанный период, не признаются Страховым случаем. Период ожидания действует в отношении Застрахованного лица и застрахованного Ребенка с даты вступления Договора страхования в силу в отношении указанных лиц.

Период свободного ознакомления с условиями страхования (также — период охлаждения) — период, начинающийся с даты вступления Договора страхования в силу в отношении соответствующего Застрахованного лица и длящийся 14 (четырнадцать) календарных дней с указанной даты, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования с возвратом в полном объеме денежных средств, уплаченных в счет первого Страхового взноса, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая. Возврат денежных средств, уплаченных в счет первого страхового взноса, производится Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

ВАЖНО: в период свободного ознакомления Вы можете отказаться от договора и вернуть уплаченные деньги полностью. В случае расторжения договора по окончании этого периода, денежные средства возвращены не будут.

Программа страхования — перечень Страховых случаев, на которые распространяется Страховое покрытие на условиях, предусмотренных настоящими Полисными условиями и Договором страхования, а также иные условия страхования, регламентирующие порядок и (или) условия предоставления страховой защиты, специфичные (особенные), с точки зрения особенностей Застрахованного лица или его индивидуальных потребностей.

Ребенок — для целей настоящих Полисных условий — физическое лицо (лица), относящееся к категории «Дети». К категории «Дети» (далее именуется — Дети) относятся: физическое лицо (лица) в возрасте от 1 (одного) года и не более 17 (семнадцати) полных лет на начало действия Договора страхования. Под ребенком в целях настоящих Полисных условий понимается только ребенок Страхователя. При этом ребенок Страхователя, рожденный в течение срока действия Договора страхования, также может быть застрахован по Договору страхования.

Сервисный центр Страховщика — юридическое лицо и (или) специализированная организация, которое/которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуги Второе медицинское мнение, предусмотренной настоящими Полисными условиями.

Сомнительные опухоли — опухоли, обладающие клиническими признаками злокачественной опухоли (неконтролируемый рост и пролиферация, инвазия в окружающие ткани с их деструкцией), которые в силу топической локализации недоступны для забора гистологического материала или проведение биопсии сопряжено с риском осложнений для Застрахованного лица.

Страховщик — Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Райффайзен Лайф», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и получившее лицензию в установленном действующим законодательством порядке.

Страхователь — дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования

на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний (далее — Договор страхования). Страхователем может выступать гражданин Российской Федерации, лицо без гражданства или гражданин иностранного государства, при условии, что у такого гражданина имеется имущественный интерес в заключении Договора страхования и Договор страхования заключается на территории Российской Федерации. В отношении Застрахованного Ребенка Страхователем может выступать только один из его родителей, являющийся Страхователем по Договору страхования.

Страховая сумма — денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии.

Страховая премия — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования.

Страховые взносы — периодические (ежемесячные) платежи Страховой премии, осуществляемые Страхователем.

Страховой тариф — ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска.

Страховой риск — предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве Страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай — свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, при условии, что оно обладает признаками вероятности и случайности наступления и произошло в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

ВАЖНО: если наступит событие, указанное в Страховом сертификате, Страховщик в течение 10 рабочих дней после получения полного пакета документов рассмотрит их и примет решение о признании этого события Страховым случаем. После этого Вы получите Страховую выплату.

Страховая выплата — денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении Страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

Страховой год (Полисный год) — календарный год (двенадцать месяцев) с даты вступления в силу Договора страхования до годовщины действия Договора страхования и с каждой годовщины действия Договора страхования до каждой следующей годовщины действия Договора страхования.

Смертельно опасные заболевания (далее также — СОЗ) — заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного лица, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности и не вызванные несчастным случаем.

Застрахованными по настоящим Полисным условиям СОЗ могут быть следующие заболевания, как они определены ниже, в том числе с учетом указанных для каждого определения исключений, а также с учетом перечня СОЗ, включенных в объем Страхового покрытия, как он закреплен в конкретном Договоре страхования.

а. Онкологические заболевания

Онкологическое заболевание означает присутствие новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося неконтролируемым ростом и пролиферацией в организме, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдаленными метастазами. Это определение также включает лейкоз, злокачественные лимфомы, Онкологические заболевания кровяных органов и Болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в Страховое покрытие, если новообразование больше или равно $pT1bN0M0$ (вертикальной толщины по Бреслоу > 1 мм, или с изъязвлением, или уровнем по Кларку IV/V).

Примечание: Дата постановки диагноза — это дата получения точного диагноза по результатам гистопатологического обследования.

Не являются Онкологическими заболеваниями в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания/состояния:

- доброкачественные или предраковые новообразования;
- преинвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis¹);
- цервикальная дисплазия CIN I–III;
- карцинома мочевого пузыря стадии Ta;
- папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее), если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;
- хронический лимфатический лейкоз (CLL) менее, чем стадия III по Rai;
- любые кожные новообразования, не упомянутые в определении;
- все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа;
- все новообразования печени при наличии цирроза печени или на фоне перенесенного вирусного гепатита;
- сомнительные опухоли и опухоли до установления заключительного диагноза по результатам гистопатологического обследования.

б. Инфаркт миокарда

Гибель участка сердечной мышцы в результате недостаточного кровоснабжения сопровождается всеми следующими признаками острого инфаркта. Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех нижеперечисленных симптомов:

- типичные клинические симптомы (например, характерная боль в груди);
- возникшие изменения на ЭКГ, типичные для сердечного приступа, в частности (но не ограничиваясь): изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой; формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q;
- типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови (тропонин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК).

Диагноз должен быть поставлен Врачом-кардиологом.

Не являются Инфарктом миокарда в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания/состояния:

- Инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей тропонина I или T в крови (ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию Инфаркта миокарда).

с. Инсульт

Острое нарушение кровоснабжения головного мозга (внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, эмболия внечерепного происхождения), повлекшее постоянный (стойкий) неврологический дефицит. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться в течение не менее 3 (трех) месяцев и выражаться в постоянной необратимой неспособности Застрахованного лица выполнять следующие действия:

- пройти 200 метров без вспомогательных приспособлений (нарушение способности к самостоятельному передвижению) или
- принять пищу, когда она уже приготовлена и доступна (нарушение способности к самообслуживанию 2-й степени), или
- вербально общаться с окружающими без вспомогательных устройств (нарушение способности к общению 2-й степени), или в наличии постоянной и необратимой утраты функции по меньшей мере одной

¹ В соответствии с Международной классификацией TNM; Tis — Tumor in situ.

конечности (рука, нога). Эта утрата должна подтверждаться заключением Врача-невролога.

Наличие постоянных (стойких) неврологических нарушений должно быть подтверждено квалифицированным Врачом-неврологом, также должны быть предоставлены медицинские заключения, подтверждающие впервые возникшего острого нарушения кровоснабжения мозга в период действия Договора страхования. Впервые возникшее острое нарушение кровоснабжения мозга должно быть подтверждено результатами магнитно-резонансной томографии и/или компьютерной томографии, соответствующими диагнозу инфаркт мозга или внутримозговое кровоизлияние.

Не являются Инсультом в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания/состояния:

- церебральные расстройства, вызванные мигренью;
- церебральные расстройства вследствие травмы или гипоксии;
- сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;
- преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, не превышающими 24 (двадцати четырех) часов), исключая приступы вертебробазилярной ишемии;
- любые нарушение мозгового кровообращения, не повлекшие постоянный неврологический дефицит, описанный в определении.

d. Болезнь Альцгеймера

Диагностированное Врачом-неврологом и подтвержденное результатами когнитивных и инструментальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга) дегенеративное заболевание центральной нервной системы, развившееся в возрасте до 65 (шестьдесят пяти) лет и характеризующееся прогрессирующим снижением интеллекта, расстройством памяти и изменением поведения.

Заболевание должно проявляться постоянной невозможностью самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);
- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;
- есть/пить (но не готовить пищу).

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

Не признаются болезнью Альцгеймера по настоящим Полисным условиям следующие исключения:

- деменция или болезнь Альцгеймера, вызванная употреблением алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов;
- деменция, вызванная поражениями центральной нервной системы неорганического характера (например, неврозы или психические заболевания);
- деменция при болезни Пика и вторичная деменция при иных заболеваниях (инфекционных, системных, метаболических, эндокринных) (например, гипотиреозидизм, недостаточность витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органная недостаточность и др.) или иных поражениях головного мозга (энцефалиты, травма головного мозга и др.).

Примечание: деменция — приобретенное слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

e. Рассеянный склероз

Диагностированное Врачом-неврологом хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы с ремитирующим течением, характеризующееся демиелинизацией белого вещества головного и спинного мозга и одновременным поражением нескольких различных отделов нервной системы и проявляющееся как минимум одним из следующих обстоятельств:

- присутствие неврологических нарушений, проявляющихся непрерывно в течение, по меньшей мере, шести месяцев;
- два и более документально подтвержденных эпизода неврологических нарушений, характерных для демиелинизации, с промежутками не менее одного месяца;
- один и более документально подтвержденный эпизод неврологических нарушений при наличии характерных изменений в цереброспинальной жидкости, в также результатах магниторезонансной томографии, специфических для данного заболевания.

Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов, характерных для демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, а также результатами инструментальных исследований (магнитно-резонансная томография).

f. Энцефалит

Диагностированная Врачом-неврологом группа заболеваний бактериальной, вирусной или иной этиологии, связанных с воспалением центральных структур головного мозга (полушарий головного мозга, ствола мозга или мозжечка), подтвержденных соответствующими специалистами и результатами исследований (анализ цереброспинальной жидкости, компьютерная, магнитно-резонансная томография головного мозга). Заболевание должно иметь тяжелое течение и привести к значительным осложнениям, длящимся не менее 6 (шести) месяцев, которые включают в себя стойкие неврологические нарушения, а именно: слабоумие, эмоциональную лабильность, слепоту, глухоту, нарушения речи, гемиплегию или паралич.

Заболевание должно проявляться в постоянной неспособности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);
- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;
- есть/пить (но не готовить пищу).

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

У детей раннего возраста (до 3 лет) критерием диагноза является диагностированный в период действия Договора Врачом-неврологом острый Энцефалит, приведший к значительным неврологическим нарушениям, длящимся не менее 6 (шести) месяцев, а именно: слабоумию, слепоте, глухоте, нарушению речи, гемиплегии или параличу конечностей.

Не является Энцефалитом в соответствии с настоящими Полисными условиями Энцефалит, развившийся на фоне ВИЧ-инфекции.

g. Бактериальный менингит

Диагностированное Врачами (инфекционистом и неврологом), острое воспаление оболочек головного и спинного мозга, проявляющееся характерными клиническими симптомами, приводящее к стойкой неврологической недостаточности и выражающееся состоянием полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной неспособности

самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

- мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);
- соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);
- передвигаться (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;
- есть/пить (но не готовить пищу).

Невозможность выполнять три и более элементарных бытовых действий должна быть подтверждена медицинскими документами по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев подряд с даты первого описания такого состояния в медицинских документах.

Диагноз должен быть подтвержден результатами специфических инструментальных исследований (исследование крови и спинномозговой жидкости), компьютерной или магнитно-резонансной томографией головного мозга.

У детей раннего возраста (до 3 лет) критерием диагноза является диагностированный в период действия Договора Врачом-неврологом Бактериальный менингит, приведший к значительным неврологическим нарушениям, длящимся не менее 6 (шести) месяцев, а именно: слабоумию, слепоте, глухоте, нарушению речи, гемиплегии или параличу конечностей.

Не являются Бактериальным менингитом в соответствии с настоящими Полисными условиями следующие заболевания \состояния:

- Бактериальный менингит, вызванный ВИЧ-инфекцией;
- Бактериальный менингит, возникший на фоне хронической инфекции, включая туберкулезную инфекцию.

Страховщик и Страхователь могут для целей конкретного Договора страхования или отдельной Программы медицинского страхования применять и иные термины и согласовать их определения в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации или применимому коллизионному праву.

1/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Полисные условия страхования на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний (далее — Полисные условия) имеют силу дополнительных правил страхования и являются неотъемлемой частью Договора страхования на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний (далее — Договор страхования).

1.2. При заключении Договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Полисных условиях, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика (далее отдельно и совместно именуемые — Сторона/Стороны). Стороны вправе согласовать любые иные дополнения, исключения, уточнения к Договору страхования, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации, исключить отдельные положения настоящих Полисных условий из содержания Договора страхования, закрепив это в тексте Договора страхования.

1.3. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, должны осуществляться в письменной форме, в том числе путем отправления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя/Страховщика, указанному в Договоре страхования, и (или) отправления СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, или иной службой обмена сообщениями. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, могут быть подписаны Страхователем как собственноручно, так и посредством простой электронной цифровой подписи.

2/ СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых не менее 18 (восемнадцати) полных лет и не более 60 (шестидесяти) полных лет на дату начала действия Договора страхования и не более 64 (шестидесяти четырех полных лет) на дату окончания действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. На страхование принимаются также Дети Страхователя, отвечающие критериям, указанным в определении «Ребенок». Страхование прекращает свое действие в отношении Детей Страхователя с даты достижения Ребенком 18 (восемнадцати) лет.

ВАЖНО: если застрахованному Ребенку в течение срока действия Договора страхования исполняется 18 лет, то страховая защита в отношении него перестает действовать и произошедшие после наступления 18 лет события не являются страховыми случаями, страховая выплата по ним не производится.

2.2. На страхование принимаются лица, не имеющие на момент приема на страхование и не имевшие в прошлом ни одно из перечисленных ниже Заболеваний и/или состояний:

2.2.1. не являющиеся инвалидами, в том числе Дети-инвалидами, не имеющие направление на медико-социальную экспертизу;

2.2.2. не инфицированные ВИЧ, не больные СПИДом;

2.2.3. не страдающие психическими заболеваниями, эпилепсией, болезнью Альцгеймера, рассеянным склерозом; чьи родители не страдали рассеянным склерозом или болезнью Альцгеймера;

2.2.4. не страдающие и не переносившие энцефалит, менингит (данное условие применяется для Детей Страхователя);

2.2.5. не страдающие сахарным диабетом, туберкулезом;

2.2.6. не страдающие хронической почечной недостаточностью;

2.2.7. не переносившие злокачественные онкологические заболевания, инфаркт миокарда, инсульт;

2.2.8. не проходящие медицинское обследование и не имеющие показаний или рекомендаций к прохождению медицинского обследования с целью уточнения и/или установления факта наличия любого Заболевания;

2.2.9. не имеющие рекомендаций Врача к Лечению любого Заболевания в стационаре;

2.2.10. не страдающие ожирением, то есть разница между ростом (в см) и весом (в кг) Застрахованного лица составляет более либо равна 65 (данное условие не является обязательным для Детей Страхователя);

2.2.11. не употребляющие наркотические и/или токсические вещества без назначения Врача, не страдающие алкоголизмом;

2.2.12. не проходящие в настоящее время службу в вооруженных силах, не являющиеся работниками атомной промышленности;

2.2.13. не застрахованные по Программам страхования в рамках настоящих Полисных условий страхования жизни и на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний в ООО «СК «Райффайзен Лайф» при условии наличия действующего Договора страхования по такой Программе страхования.

2.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лица, к которому применим п. 2.2 настоящих Полисных условий, и при этом Страхователем и (или) Застрахованным лицом была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья, служебных обязанностях или хобби, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий недействительности сделки, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3/ ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя/Застрахованного лица, связанные с риском диагностирования у Застрахованных лиц смертельно опасного заболевания, предусмотренного настоящими Полисными условиями и Договором страхования.

4/ СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем признается Установление наличия у Застрахованного лица Смертельно опасного заболевания впервые диагностированного в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом (далее — Диагностирование СОЗ у Застрахованного лица). Перечень Смертельно опасных заболеваний определяется Договором страхования (страховым сертификатом).

ВАЖНО: обратите внимание, что перечень Смертельно опасных заболеваний зависит от выбранной Вами Программы страхования. Указанный в Полисных условиях список СОЗ может быть шире указанного в Страховом сертификате, в этом случае приоритетное значение имеет Страховой сертификат.

4.1.1. Страховое событие, предусмотренное в п. 4.1 настоящих Полисных условий, признается Страховым случаем, если факт наступления и характер события подтвержден документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими организациями, бюро медико-социальной экспертизы, судом и другими) и оно наступило по истечении Периода ожидания по Договору страхования.

4.1.2. Событие, предусмотренное в п. 4.1 Полисных условий, не признается Страховым случаем, если Смертельно опасное заболевание, в результате которого оно наступило, было диагностировано у Застрахованного лица до заключения Договора страхования или диагностировано в период действия Договора страхования, однако на момент заключения Договора страхования Застрахованное лицо обладало признаками, указанными в п. 2.2.1–2.2.13 Полисных условий или является Исключением из страхового покрытия в соответствии с п. 5.1–5.4 Полисных условий.

4.1.3. В отношении Страхового случая «Диагностирование СОЗ у Застрахованного лица» установлен Период ожидания – 90 (девяносто) календарных дней со дня вступления в силу Договора страхования в отношении Застрахованного лица.

ВАЖНО: если диагностирование заболевания, предусмотренного программой страхования, или его симптомы проявляются в течение 90 (девяносто) дней с даты вступления Договора страхования в силу, то такое заболевание автоматическим образом не признается Страховым случаем, страховая выплата не производится.

4.2. Страховым случаем признается необходимость организации предоставления и оплаты услуг по Второму медицинскому мнению в случае диагностирования онкологического заболевания, предусмотренного Договором страхования (далее — Второе медицинское мнение), как оно определено в настоящих Полисных условиях и Программе страхования.

4.2.1. Застрахованное лицо вправе обратиться за получением услуги Второе медицинское мнение в Сервисный центр Страховщика, с которым у Страховщика установлены договорные отношения, и сведения о котором указаны в Договоре страхования и (или) Программе страхования. Услуга Второе

медицинское мнение предоставляется квалифицированными специалистами в области здравоохранения Сервисного центра Страховщика и (или) Медицинских учреждений.

5/ ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. Событие не признается страховым случаем, если наступление данного события:

5.1.1. вызвано употреблением Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

5.1.2. вызвано употреблением Застрахованным лицом алкогольсодержащих и наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным врачом;

5.1.3. произошло во время нахождения Застрахованного лица в составе вооруженных сил любого государства;

5.1.4. произошло во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы или предварительного заключения;

5.1.5. произошло вследствие совершения или попытки совершения преступления Застрахованным лицом либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Страховой выплаты по Договору страхования;

5.1.6. произошло во время или вследствие управления Застрахованным лицом парашютом, планером, дельтапланом, либо воздушного полета Застрахованного лица совместно с инструктором на вышеуказанных летательных аппаратах; произошло во время или вследствие участия в соревнованиях по любым видам спорта на профессиональной основе;

5.1.7. произошло вследствие или связано с получением любого травматического повреждения, вызванного любым состоянием или расстройством, кроме травматических повреждений, вызванных непосредственно СОЗ.

5.2. Не признается страховым случаем следующие события:

5.2.1. случаи обращения Застрахованного лица за страховой выплатой до даты постановки точного диагноза квалифицированным специалистом, в том числе при диагностировании Сомнительной опухоли;

5.2.2. заболевания, которые были диагностированы в период ожидания, либо симптомы которых проявились в период ожидания. Факт наличия такого Заболевания подтверждается медицинскими документами Застрахованного лица (в том числе, но не ограничиваясь, историей болезни, амбулаторной картой, выпиской из медицинского учреждения, результатами диагностического исследования, заключениями Врача);

5.2.3. заболевания, прямо или косвенно относящимися к ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) и/или любой болезнью, связанной с ВИЧ, включая СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) и/или любой мутантной производной, вариациями или осложнениями данных заболеваний, заболевания, возникшие на фоне ВИЧ (в том числе саркома Капоши);

5.2.4. злокачественные онкологические заболевания печени и желчного пузыря, развившиеся при наличии носительства антигенов вирусного гепатита или цирроза печени.

5.2.5. умственные заболевания Застрахованного лица, вне зависимости от их классификации, психиатрических отклонений, умственной депрессии, или умственного психического расстройства (психоза);

5.2.6. заболевания и/или их симптомы, которые развивались, развились либо были диагностированы до заключения Договора страхования и повлекли диагностирование и/или явились причиной развития СОЗ у Застрахованного лица. Факт наличия такого Заболевания подтверждается медицинскими документами Застрахованного лица (в том числе, но не ограничиваясь, историей болезни, амбулаторной картой, выпиской из медицинского учреждения, результатами диагностического исследования, заключениями Врача). Например, злокачественное новообразование, диагностированное после вступления Договора страхования в силу, которое развились из доброкачественного ново-

бразования, язвы, эрозии, полипа, кисты и других доброкачественных новообразований, которые были выявлены до вступления Договора страхования в силу; инфаркт миокарда, возникший на фоне ишемической болезни сердца (атеросклеротической болезни коронарных сосудов), выявленной до вступления Договора страхования в силу; геморрагический Инсульт, возникшей на фоне болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, выявленным до вступления договора в силу; ишемический инсульт, на фоне выявленного до вступления договора в силу атеросклероза сосудов головы и шеи; и прочее;

5.2.7. врожденные Заболевания (включая пороки развития, выявленные внутриутробно);

5.2.8. наследственные заболевания, диагностированные у Застрахованного лица после вступления Договора страхования в силу, которые были диагностированы у близкого родственника до заключения Договора страхования. Наследственные заболевания — заболевания, имеющие причинно-следственную связь с наследственными заболеваниями у близких родственников Застрахованного лица (мать, отец, бабушки, дедушки, кровные сестры, братья).

5.3. Указанные исключения применяются наряду с теми исключениями, которые указаны в определениях соответствующего СОЗ.

ВАЖНО: не все события являются Страховыми случаями. Если заявленное Вами событие обладает признаками, перечисленными в настоящем разделе Полисных условий, Страховым случаем оно признано не будет, Страховая выплата по нему также не будет произведена.

5.4. Любое изменение объема исключений, ограничение по размеру Страховой выплаты и иные условия Договора страхования, прямо или косвенно влияющие на применение раздела 5 «Исключения из Страхового покрытия» настоящих Полисных условий в Договоре страхования, допускаются по соглашению Сторон Договора страхования в случае, если такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации.

6/ ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

6.1. Страховщик не вправе отказать в Страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством Российской Федерации или Договором страхования.

6.2. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату в случае, когда Страховой случай наступил вследствие:

6.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

6.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

6.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

6.2.4. совершения умышленных действий Страхователем, Застрахованным лицом и (или) наследником Застрахованного;

6.2.5. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Страховщик вправе принять решение об отказе в Страховой выплате в следующих случаях:

6.3.1. не уведомления в установленные Договором страхования или Полисными условиями сроки и порядке о наступлении Страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату;

6.3.2. предоставления ложных сведений и (или) документов о факте наступления и причинах наступления Страхового случая;

6.3.3. сообщения Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска при заключении Договора страхования, если это прямо повлияло на наступление Страхового случая и обязанность Страховщика произвести Страховую выплату, при этом Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в установленном законом порядке.

6.4. Страховщик не производит Страховую выплату в случаях, когда событие не признано Страховым случаем в силу условий, на которых заключен Договор страхования, в том числе если событие подпадает под Исключения из Страхового покрытия, отраженные в разделе 5 Полисных условий.

7/ СТРАХОВАЯ СУММА

7.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон.

ВАЖНО: Страховая сумма, указанная в Страховом сертификате, устанавливается в отношении каждого Застрахованного лица по отдельности, а не на всех Застрахованных лиц вместе.

7.2. Страховая сумма для каждой из Программ страхования устанавливается Страховщиком исходя из перечня Страховых случаев, предусмотренных соответствующей Программой страхования.

7.3. Количество обращений (лимит ответственности по количеству обращений) и, соответственно, количество услуг, оказываемых в рамках Второго медицинского мнения, ограничено 1 (одним) обращением в течение срока действия Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное. Второе медицинское мнение предоставляется только по впервые диагностированному Онкологическому заболеванию, предусмотренному Договором страхования.

8/ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

8.1. Страховая премия по Договору страхования определяется на основе Страховых тарифов, применяемых Страховщиком.

8.2. Размер Страховых тарифов исчисляются в зависимости от степени риска, принимаемого на страхование, порядка и срока уплаты Страховых взносов, размера установленной Страховой суммы, срока действия Договора страхования, а также с учетом расходов на ведение дела Страховщика, в том числе связанных с заключением Договора страхования.

8.3. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем в рассрочку ежемесячно в рублях Российской Федерации безналичным платежом.

8.4. Страховая премия (Страховые взносы) уплачивается в сроки и в размере, указанном в Договоре страхования.

8.5. Если иное не установлено Договором страхования, в случае уплаты Страховой премии безналичным платежом датой уплаты Страховой премии считается дата списания денежных средств с банковского счета Страхователя для их перечисления на банковский счет Страховщика, при условии их последующего поступления на счет Страховщика.

8.6. Если Страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору Страхования в связи с этим такое лицо не приобретает.

8.7. Если Страхователь не уплатил в срок очередной взнос, то наступает Льготный период, во время которого Договор страхования остается в силе. При ежемесячной уплате страховых взносов Льготный период

составляет 30 (тридцать) календарных дней, начиная с даты, следующей за установленной в Договоре страхования даты оплаты очередного страхового взноса.

ВАЖНО: в течение Льготного периода Договор страхования продолжает действовать. При наступлении Страхового случая в этот период Страховщиком будет произведена Страховая выплата, но Страховщик вправе удержать из нее размер задолженности по оплате очередного Страхового взноса.

9/ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ

9.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику в отношении каждого Застрахованного лица следующие обязательные сведения:

- 9.1.1. фамилия, имя, отчество;
- 9.1.2. дата рождения;
- 9.1.3. гражданство;
- 9.1.4. паспортные данные;
- 9.1.5. данные миграционной карты (если применимо);
- 9.1.6. данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если применимо);
- 9.1.7. домашний адрес и телефон;
- 9.1.8. ИНН, СНИЛС (при наличии);
- 9.1.9. а также иные сведения, необходимые Страховщику и предусмотренные формой Страхового сертификата.

9.2. Договор страхования заключается письменно путем акцепта Страхователем оферты Страховщика. При этом Страховщик адресует Страхователю оферту с целью заключения Договора страхования в устной форме путем телекоммуникационных средств связи и в письменном виде путем направления Страхователю оферты Страховщика по адресу электронной почты, сообщенному Страхователем. Единовременная оплата Страховой премии либо оплата первого Страхового взноса по Договору страхования в полном объеме является подтверждением согласия (акцептом) Страхователя с условиями страхования, изложенными в оферте и настоящих Полисных условиях. Договор страхования считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента оплаты Страхователем Страховой премии в полном объеме (если Договором страхования предусмотрена единовременная оплата Страховой премии) либо первого Страхового взноса (если Договором страхования предусмотрена периодическая оплата Страховой премии). Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Страховщик имеет право использовать факсимильное воспроизведение подписи Страховщика с помощью средств механического или иного копирования в любых документах, подписываемых Страховщиком.

9.3. Если иное не установлено Договором страхования, Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год. При наличии желания и в подтверждение своего согласия возобновить Договор страхования на новый срок на тех же условиях Страхователь оплачивает Страховую премию в размере, указанном в Страховом сертификате, не позднее даты окончания текущего срока действия Договора страхования. В случае непоступления Страховой премии от Страхователя в указанном в Страховом сертификате размере и в указанный срок на банковский счет Страховщика действующий Договор страхования считается прекращенным с даты окончания текущего срока действия Договора страхования, а Страховой сертификат на следующий срок действия Договора страхования считается недействительным.

ВАЖНО: если по истечении срока страхования (1 года) Вы продолжите вносить Страховые взносы в том же размере, в каком они установлены Страховым сертификатом, Договор страхования автоматически продолжит свое действие на тех же условиях, на которых он был заключен. При этом, получение нового Страхового сертификата не требуется.

9.4. Стороны согласны с тем, что Страховщик вправе при подписании Договора страхования, выпуске Страховых сертификатов и иных документов, имеющих отношение к Договору страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица с помощью средств механического или иного копирования.

9.5. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (Страхового риска), если эти обстоятельства неизвестны и объективно не могли быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Страхового сертификата. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения о таких обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

9.6. При условии оплаты первого Страхового взноса в полном объеме Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут первого дня месяца, следующего за месяцем, в котором поступила оплата первого Страхового взноса. Если Страховой взнос в полном объеме оплачен не был, Договор страхования в силу не вступает.

9.7. Период страхования исчисляется с даты вступления Договора страхования в силу и заканчивается датой или сроком окончания действия Договора страхования, указанными в Договоре страхования.

9.8. Действие Договора страхования прекращается в случае:

9.8.1. Исполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме, а именно в случае признания заявленного события Страховым случаем и осуществления Страховой выплаты. В этом случае действие Договора страхования прекращается только в отношении Застрахованного лица, которому произведена Страховая выплата, в отношении иных Застрахованных лиц Договор страхования продолжает действовать до конца оплаченного периода.

ВАЖНО: если Страховой случай происходит с одним из Застрахованных лиц и ему производится Страховая выплата, то Договор страхования перестает действовать в отношении такого Застрахованного лица. В отношении иных Застрахованных лиц действие Договора страхования продолжается при условии дальнейшей оплаты Страховых взносов в размере, предусмотренном Страховым сертификатом.

9.8.2. Истечения срока действия Договора страхования.

9.8.3. По инициативе Страхователя — в любое время в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

9.8.4. По инициативе Страховщика — в случае неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размере, и истечении Льготного периода, при этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о причине и дате досрочного расторжения Договора страхования. Под письменным уведомлением о расторжении Договора страхования понимается отправление Страховщиком письма Почтой России, отправление электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования,

и (или) отправление СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования.

9.8.5. Смерти Страхователя. Договор страхования также прекращает свое действие в отношении остальных Застрахованных лиц.

ВАЖНО: в случае смерти Страхователя, независимо от ее причин, действие Договора страхования прекращается в отношении всех Застрахованных лиц по окончании последнего оплаченного периода.

9.8.6. В отношении Ребенка — по достижении Ребенком возраста 18 (восемнадцать) лет.

9.8.7. По соглашению Сторон — в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

9.8.8. Если возможность наступления Страхового случая отпала и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай.

9.8.9. По требованию Страхователя — в Период свободного ознакомления при условии подачи Страхователем заявления о расторжении Договора страхования до момента истечения Периода свободного ознакомления в порядке отказа Страхователя от Договора страхования.

9.8.10. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и (или) положениями Договора страхования.

9.9. При досрочном прекращении действия Договора, за исключением случаев расторжения, указанных в п. 9.8 настоящих Полисных условий, уплаченная Страховая премия возврату не подлежит, если Договором страхования не предусмотрено иное, а в случае прекращения действия договора — в соответствии с п. 9.8.7, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

9.10. В случае, предусмотренном в п. 9.8.8 настоящих Полисных условий (но только если смерть Страхователя/Застрахованного лица наступила до истечения срока действия Договора страхования и по причинам, не предусмотренным Договором страхования в качестве Страхового случая), наследникам Страхователя на основании их заявления, оформленного по образцу Страховщика, возвращается часть уплаченной Страховой премии, пропорциональная не истекшему периоду действия Договора страхования и за вычетом расходов Страховщика. Страховая выплата при этом не производится.

9.11. В случае отказа от Договора страхования, как предусмотрено в п. 9.8.9 настоящих Полисных условий, денежные средства, перечисленные Страхователем в счет уплаты Страховой премии, подлежат возврату Страхователю в полном объеме по письменному заявлению Страхователя.

9.12. Территория действия Договора страхования — весь мир.

10/ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. Ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования, составленными на основании настоящих Полисных условий, по запросу Страхователя — разъяснить отдельные их положения;

10.1.2. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе/Застрахованном лице в связи с заключением и исполнением Договора страхования;

10.1.3. При наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признания его Страховым случаем произвести Страховую выплату в течение предусмотренного в Договоре страхования срока после получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Полисными условиями;

10.1.4. Получить согласие Страхователя на обработку, хранение и иное использование его персональных данных в форме, целях и пределах, установленных законодательством Российской Федерации

(в т. ч. в соответствии с Федеральными законами «О персональных данных», «О рекламе»), в течение неограниченного срока либо, по меньшей мере, на период осуществления Договора страхования, если в согласии не указано иное.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. Оплатить Страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

ВАЖНО: Страхователь оплачивает Страховую премию/Страховые взносы в размере и сроки, указанные в Страховом сертификате, вне зависимости от того, напоминает ли ему Страховщик об этом или нет.

10.2.2. При заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую информацию о жизни, деятельности и состоянии здоровья Застрахованного лица, а также любую другую информацию, требуемую Страховщиком, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

10.2.3. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях относительно Страхователя и/или Застрахованного лица, которые он намерен внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене своего места жительства, рода деятельности и/или места работы, своих банковских реквизитов;

10.2.4. Не позднее, чем за 30 (тридцать) дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении Страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов, предусмотренных в Договоре страхования;

10.2.5. Исполнять любые иные положения настоящих Полисных условий, Договора страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

10.3.2. Для принятия решения о Страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления Страхового случая, а также затребовать от Страхователя (Застрахованного лица) или наследников Застрахованного лица предоставления предусмотренных Договором страхования сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая.

10.3.3. Отсрочить Страховую выплату до получения полной информации о Страховом случае и подтверждающих документов о нем;

10.3.4. Отсрочить решение о Страховой выплате в случае возбуждения в отношении Страхователя (Застрахованного лица) или наследников Застрахованного лица по факту наступления Страхового случая уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

10.3.5. Принять решение об отказе в Страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах и обстоятельствах наступления Страхового случая, предусмотренного в Договоре страхования;

10.3.6. Принять решение об отказе в Страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо) предоставил заведомо ложные сведения, связанные с причиной и обстоятельствами наступления Страхового случая;

10.3.7. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Полисных условий и Договора страхования.

10.4. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

- 10.4.1.** Бесплатно получить дубликат Договора страхования (Страхового сертификата, оферты) в случае его утраты;
- 10.4.2.** Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (поверенному), при участии которого осуществляется заключение Договора страхования;
- 10.4.3.** Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;
- 10.4.4.** Получать от Страховщика расчет размера Страховой выплаты (если такие условия предусмотрены Договором страхования);
- 10.4.5.** Обращаться к Страховщику с заявлением о внесении необходимых изменений в условия Договора страхования;
- 10.4.6.** Получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной.
- 10.4.7.** На получение Страховой выплаты в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;
- 10.4.8.** Требовать от Страховщика соблюдения условий Договора страхования.
- 10.5.** Договором страхования могут быть установлены и иные права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

11/ СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

- 11.1.** При наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признания его Страховым случаем Страховщик осуществляет Страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Полисных условий.
- 11.2.** Размер Страховой выплаты равен размеру Страховой суммы. Страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо в отдельности.
- 11.3.** При наступлении Страхового случая «Диагностирование СОЗ у Застрахованного лица» Страховая выплата осуществляется одновременно в размере Страховой суммы, установленной в Договоре страхования в отношении конкретного Застрахованного лица по соответствующему СОЗ, в следующем порядке:
- 11.3.1.** Страховая выплата по Страховому случаю осуществляется только в отношении одного диагностированного СОЗ, установленного Застрахованному лицу в течение срока страхования. Страховая выплата производится в отношении СОЗ, диагностированного Застрахованному лицу по истечении установленного Договором страхования Периода ожидания. После осуществления Страховой выплаты Договор страхования продолжает действовать в отношении остальных Застрахованных лиц. В случае установления иных после первого диагнозов, подпадающих под определение Смертельно опасных заболеваний, дополнительные Страховые выплаты не осуществляются.

Например: если у Застрахованного лица диагностировано Онкологическое заболевание и такое заболевание признано Страховым случаем, произведена Страховая выплата, то Договор страхования прекращает свое действие в отношении этого Застрахованного лица. Это означает, что в случае диагностирования у такого лица в дальнейшем иного заболевания, предусмотренного Страховым сертификатом, оно не будет признано Страховым случаем, Страховая выплата по нему произведена также не будет.

- 11.3.2.** Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу, а в случае его Смерти в результате СОЗ при условии подачи заявления на Страховую выплату, но до ее получения — наследникам Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

ВАЖНО: в случае ухода из жизни Застрахованного лица в результате Смертельно опасного заболевания, предусмотренного Страховым сертификатом, выплата производится наследникам Застрахованного лица только в том случае, если таким Застрахованным лицом или его представителем было подано Заявление и полный пакет документов на страховую выплату в связи с диагностированием указанного заболевания. В случае, если такое заявление подано не было, выплата не производится. Это обусловлено тем, что Страховым случаем по Договору страхования является диагностирование заболевания, а не уход из жизни.

- 11.3.3.** Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица по доверенности, оформленной Застрахованным лицом в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
- 11.3.4.** Если наследником Застрахованного лица или Выгодоприобретателем выступает несовершеннолетнее лицо либо лицо, признанное в течение срока действия Договора страхования недееспособным или ограниченно дееспособным, то его интересы, связанные с получением Страховой выплаты, осуществляют его законные представители. Как только такая выплата будет осуществлена Страховщиком в размере, предусмотренном Договором страхования в отношении соответствующего Страхового случая, последний освобождается в последующем от каких-либо обязательств по осуществлению Страховых выплат в отношении Застрахованного лица или его наследников.
- 11.4.** При наступлении Страхового случая «Второе медицинское мнение» Страховая выплата производится Сервисному центру Страховщика в порядке возмещения расходов за оказанный Застрахованному лицу сервис, предусмотренном договором между Страховщиком и Сервисным центром.
- 11.5.** Заявление о Страховой выплате по Договору страхования должно быть подано Страховщику не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты возникновения права на получение Страховой выплаты. Неисполнение указанной обязанности дает Страховщику право отказать в Страховой выплате, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату.

ВАЖНО: соблюдайте, пожалуйста, срок подачи Заявления о Страховой выплате (30 календарных дней). Подача заявления в более поздний срок может усложнить проверку предоставленных документов и удлинить срок принятия решения Страховщиком.

- 11.6.** Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента составления и подписания страхового акта, если в Договоре страхования не указан иной срок для осуществления Страховой выплаты. Страховой акт составляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты предоставления заявителем всех необходимых документов, указанных в п. 11.9 настоящих Полисных условий, а также любых иных предусмотренных Договором страхования сведений и документов, запрошенных Страховщиком в установленном законом порядке и подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая. В случае принятия решения об отказе в Страховой выплате Страховщик обязан сообщить Застрахованному лицу (наследникам Застрахованного лица) письменно об отказе в Страховой выплате с указанием оснований для отказа или оснований, освобождающих Страховщика от обязанности произвести Страховую выплату в течение 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения. Решение по событию принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты представления Застрахованным лицом или его наследником Заявления на Страховую выплату или последнего запрошенного Страховщиком документа (если Страховщик предоставил Застрахованному лицу запрос на предоставление дополнительных документов

или если документы, согласно имеющемуся в Полисных условиях и (или) Договоре страхования списку необходимых документов, были ранее предоставлены Страховщику не в полном объеме.

11.7. Принятие решения о Страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового события, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, и (или) Страховщиком назначена дополнительная проверка, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших Страховой выплате.

При этом Страховщик направляет Застрахованному лицу письменное уведомление с указанием причины отсрочки в принятии решения о Страховой выплате.

В случае если наследник Застрахованного лица на момент Страховой выплаты является несовершеннолетним, причитающаяся ему сумма Страховой выплаты переводится во вклад в банке на его имя с уведомлением об этом его законных представителей.

11.8. Страховая выплата производится на банковский счет Страхователя (Застрахованного лица) или его наследников согласно действующему законодательству Российской Федерации.

11.9. Для получения Страховой выплаты в случае Диагностирования у Застрахованного лица СОЗ, предусмотренного настоящими Полисными условиями и Договором страхования, Страховщику совместно с заявлением на Страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов заявителем должны быть представлены следующие документы:

- а) заявление о Страховой выплате установленного Страховщиком образца;
- б) копия Договора страхования (Страхового сертификата) (оригинал предоставляется на обозрение по запросу Страховщика);
- в) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Страхователя и Застрахованного лица, (если страховое событие произошло с Застрахованным Ребенком — копия свидетельства о рождении), копия паспорта заявителя, если заявитель не является Застрахованным лицом;
- г) официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории Болезни, эпикриз, медицинская карта), подтверждающие факт первичного диагностирования СОЗ и дату первичного диагностирования СОЗ (оригинал либо их копии, заверенные нотариально либо в установленном законом порядке);
- д) выписки из медицинских организаций по месту жительства (наблюдения) (всех мест проживания за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованное лицо обращалось в рамках добровольного медицинского страхования (на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования);
- е) нотариально заверенная копия справки из Бюро МСЭ (Бюро медикосоциальной экспертизы) о присвоении группы инвалидности Застрахованному лицу (в случае присвоения инвалидности Застрахованному лицу);
- ж) направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (Форма № 088/у-06 (в случае повторного установления инвалидности — направления, выданные при предыдущих освидетельствованиях) (в случае присвоения инвалидности Застрахованному лицу);
- з) протокол проведения медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности — протоколы, выданные при предыдущих освидетельствованиях) (в случае присвоения инвалидности Застрахованному лицу).

Если на момент обращения за Страховой выплатой наступила смерть Застрахованного лица, дополнительно предоставляются следующие документы:

- а) свидетельство о праве на наследство с указанием наследников и простые копии паспортов наследников;
- б) нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС;
- в) нотариально заверенная копия справки о Смерти с указанием причин Смерти из ЗАГС;
- д) акт патологоанатомического/судебно-медицинского исследования, если вскрытие не проводилось — копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось;
- е) окончательное медицинское свидетельство о смерти Застрахованного лица (в случае если вскрытие Застрахованного лица не проводилось).

11.10. Страховщик также вправе запросить, а Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель обязано предоставить следующие документы, в той мере, в какой они имеют или могут иметь отношение к наступившему событию:

- а) копия медицинской карты стационарного больного либо полная выписка из нее с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, Лечение и сроках Лечение (если имело место Стационарное лечение/нахождение в реанимации), а также, в случае проведения обследований и манипуляций, полные данные с их результатами (в том числе результаты рентгенографического обследования (снимки с описанием), протокол хирургического вмешательства и т. д.);
- б) выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 (десять) лет до заключения Договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованное лицо обращалось в рамках добровольного медицинского страхования (на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования);
- в) результаты проведенных диагностических исследований;
- г) выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечение;
- д) выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечение;
- е) выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечение;
- ж) выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования Заболевания, проведенном обследовании и Лечение;
- з) документ, выданный центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подтверждающий взятие инфицированного больного на учет;
- и) медицинские документы, подтверждающие инфицирование/наличие у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С), содержащие информацию о дате инфицирования;
- к) переводной эпикриз в случае перевода Застрахованного лица из одного Медицинского учреждения в другое;
- л) результаты прохождения Застрахованным лицом военно-врачебной комиссии из военного комиссариата;
- м) данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращалось Застрахованное лицо, в течение 5 (пяти) лет до заключения договора страхования;
- н) данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов

диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений, в которые обращалось Застрахованное лицо за период в течение 5 (пяти) лет до заключения договора страхования;

о) справки Федеральной архивной службы России, архивов подразделений Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также других архивных служб;

п) справки по месту работы (учебы), в которых работало (проходило учебу) Застрахованное лицо;

р) информация из общественных медицинских организаций и/или профессиональных медицинских обществ.

11.11. Любой иной, специальный, в том числе более узкий, перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, может быть согласован по обоюдному согласию Сторон Договора страхования, если это продиктовано индивидуальными особенностями и условиями страхования, обстоятельствами дела и прочими особенностями. В этом случае Стороны закрепляют такое соглашение в Договоре страхования, приложениях или дополнениях к нему либо в виде отдельного соглашения Сторон. Перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, однако, не может быть расширен по инициативе Страховщика в одностороннем порядке.

Стороны также вправе по обоюдному согласию внести уточнения в перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, на этапе урегулирования заявленного требования о Страховой выплате, если необходимость такого уточнения обусловлена конкретными обстоятельствами дела.

11.12. Все заявления о Страховой выплате должны быть представлены письменно и по форме, установленной Страховщиком. Все свидетельства, информация и доказательства, документы, предусмотренные настоящими Полисными условиями и Договором страхования и запрошенные Страховщиком, должны быть представлены бесплатно, в такой форме и такого содержания, как запрашивает Страховщик. Для возможности принятия Страховщиком решения о Страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, его представитель) должен направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошло страховое событие, даты, места и обстоятельств наступления страхового события, желаемого способа получения Страховой выплаты с указанием всех необходимых реквизитов.

12/ ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры между Сторонами по Договору страхования при недостижении взаимного согласия по их урегулированию разрешаются в предусмотренном законом обязательном порядке досудебного урегулирования при участии уполномоченного по правам потребителей финансовых услуг, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

12.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, установленной действующим законодательством Российской Федерации только в том случае, если спор не был урегулирован финансовым уполномоченным и/или требования Стороны не были удовлетворены в досудебном порядке в полном объеме.

13/ НАЛОГИ, ПОШЛИНЫ, СБОРЫ

13.1. Налоги, относящиеся к оплате взносов, а также Страховой выплате, оплачиваются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Пошлины и нотариальные сборы, а также налоги, применяемые к Страховой выплате по Договору страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, оплачивает получатель Страховой выплаты.