



**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ  
«СОГЛАСИЕ-ВИТА» (ООО СК «Согласие-Вита»)**

**УТВЕРЖДЕНЫ**

Приказом Генерального директора  
ООО СК «Согласие-Вита»  
от 20.03.2019 года № СВ-1-07-15  
Генеральный директор



\_\_\_\_\_/Т.С. Ланда

**КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ  
«ВИТА СУПЕРДОК»**

Москва,  
2019 г.

## Оглавление

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	3
2.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ .....	5
3.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	6
4.	ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ .....	6
5.	ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.....	6
6.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
7.	СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ .....	10
8.	ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	10
9.	ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ....	11
10.	ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ .....	11
11.	ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ .....	12
12.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН .....	13
13.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	14
14.	ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ.....	15

ПРИЛОЖЕНИЯ

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Комбинированных правил страхования «Вита СуперДок» (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») ООО СК «Согласие-Вита» (далее по тексту – «Страховщик») заключает договоры добровольного страхования «Вита СуперДок» (далее по тексту – «Договоры страхования» или «Договоры»).
- 1.2. В настоящих Правилах используются следующие определения и термины:
- 1.2.1. **Основная программа страхования (основная программа)** – один или несколько страховых рисков, описанных в Правилах страхования и Страховом полисе, которые являются неотъемлемой частью Договора страхования. Договор страхования включает основные программы в полном объеме, исключение основной программы из Договора страхования невозможно без расторжения Договора.
- 1.2.2. **Дополнительная программа страхования (дополнительная программа)** – одна или несколько программ страхования, описанных в Правилах страхования, включение которых в Договор страхования не является обязательным при заключении Договора. Дополнительные программы могут быть включены в Договор при заключении Договора.
- 1.2.3. **Программа страхования «Выплата»** - тип Основной программы, который позволяет получить денежное возмещение, определенное Договором страхования в результате реализации страхового события, если Договором не предусмотрено иное.
- 1.2.4. **Программа страхования «Лечение»** - тип Основной программы, который позволяет получить медицинское обследование и/или лечение в результате реализации страхового события согласно условиям Договора страхования, если не предусмотрено иное.
- 1.2.5. **Застрахованное лицо (ЗЛ) по программе «Выплата»** – дееспособное физическое лицо, возраст которого на дату начала срока действия Договора не менее 18 (восемнадцати) и не более 65 (шестидесяти пяти) полных лет в отношении жизни и/или здоровья которого заключен и действует Договор, если Договором не предусмотрено иное.
- 1.2.6. **Застрахованное лицо (ЗЛ) по программе «Лечение»** – дееспособное физическое лицо, возраст которого на дату начала срока действия Договора не менее 18 (восемнадцати) и не более 64 (шестидесяти четырех) полных лет в отношении жизни и/или здоровья которого заключен и действует Договор, если Договором не предусмотрено иное.
- 1.2.7. **Дополнительное Застрахованное лицо (ДЗ) по программе «Выплата» и по программе «Лечение»** – физическое лицо, являющееся ребенком Застрахованного лица по Основной программе по закону и находящееся на иждивении Застрахованного лица или рожденное в течение срока действия Договора.  
При этом Застрахованное лицо по ОП подтверждает, что возраст ДЗ не менее 1 (одного) года и не более 17 (семнадцати) лет и ДЗ не является:
- инвалидом (присвоена категория «ребенок инвалидом»), а также не имеет основания или действующих направлений на медико-социальную экспертизу для присвоения категории «ребенок инвалид»;
  - лицом больным СПИДом или инфицированным вирусом иммунодефицита;
  - лицом, имеющим психические заболевания и/или расстройства;
  - лицом, состоящим на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах;
  - лицом, состоящим на диспансерном учете по поводу смертельно опасных болезней: злокачественных (онкологических) заболеваний и/или болезней системы крови.
- 1.2.8. **Договор страхования (или «Договор»)** - письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем, по которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, в порядке и сроки, установленные договором, выплатить единовременно обусловленную договором сумму (страховую сумму) или оплатить медицинские или иные услуги в случае причинения вреда жизни или здоровью самого Страхователя или другого названного в Договоре гражданина (Застрахованного лица), наступления в его жизни иного предусмотренного Договором события (страхового случая). Заключение Договора страхования может подтверждаться вручением Страхователю страхового полиса. В этом случае согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается оплатой премии (первого страхового взноса) и принятием от Страховщика Страхового полиса.
- 1.2.9. **Страховой полис** – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования.
- 1.2.10. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Согласие-Вита (ООО СК «Согласие-Вита»), действующее на основании лицензий ЦБ РФ на осуществления страхования СЖ № 3511 и СЛ № 3511.
- 1.2.11. **Страхователь** - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.
- 1.2.12. **Выгодоприобретатель** - одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных с письменного согласия Застрахованного лица, которые получают страховую выплату или право на организацию оказания медицинских или иных услуг при наступлении страхового случая.  
По Договорам страхования «Вита СуперДок» право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа принадлежит Застрахованному лицу, Дополнительному (-ым) застрахованному (-ым) лицам (-у) (представителю).

- 1.2.13. **Страховой взнос** — единовременный платеж или периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем.
- 1.2.14. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.
- 1.2.15. **Страховая сумма** — денежная сумма, определенная Договором страхования, исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты или стоимости организации оказания медицинских или иных услуг при наступлении страхового случая.
- 1.2.16. **Заболевание** — нарушение здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем и впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления Договора страхования в силу за исключением заболеваний, о наличии которых Страховщик был уведомлен в письменном виде Страхователем и/или Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования.
- 1.2.17. **Врач** — специалист с окончанным высшим медицинским образованием, имеющим юридическое право заниматься лечебно-профилактической деятельностью.
- 1.2.18. **Смертельно опасное заболевание** — впервые диагностированное в течение срока страхования заболевание или проведение хирургического вмешательства, предусмотренное Правилами страхования (включая Приложения к ним).
- 1.2.19. **Годовщина действия Договора страхования (или «Полисная годовщина»)** — число и месяц даты вступления Договора страхования в силу. При этом если годовщина действия Договора страхования приходится на месяц, в котором нет соответствующего числа, то датой полисной годовщины считается последний день этого месяца.
- 1.2.20. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** — лимит ответственности (лимит страхового обязательства) — максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая приложения к нему) по страховому (-ым) риску (-ам) / по страховому (-ым) случаю (-ям) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству обращений и т.п.).
- 1.2.21. Под Медицинскими услугами и иными услугами в настоящих Правилах страхования (включая Приложения) понимаются:
- 1.2.21.1 **Медицинские услуги** — мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования.
- 1.2.21.2. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по транспортировке, в том числе, по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой (-ых) к договору страхования.
- 1.2.22. Под «**Медицинскими организациями**» в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – «медицинские организации»);
- 1.2.23. Под «**иными организациями**» в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:
- 1.2.23.1. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);
- 1.2.23.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – «**Сервисные компании**» или «**Ассистанс-компании**»).
- 1.2.24. **Медицинская помощь** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.
- 1.2.25. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся неотъемлемой частью договора страхования (при страховании по рискам из числа, указанных в п. 3.1. Правил страхования), в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также могут быть указаны порядок их оказания и иные положения, предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) Договором страхования.

- 1.2.26. **Период ожидания** — период, установленный в днях и исчисляемый с даты начала срока действия Договора страхования, в течение которого произошедшее событие не считается Страховым случаем по страховому риску, в отношении которого предусмотрен Период ожидания.
- 1.2.26.1. *Период ожидания в отношении рисков: «Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания» и «Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС №1.1 «Лечение онкологических заболеваний» составляет 180 (сто восемьдесят) календарных дней с даты начала срока действия Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.*
- 1.2.27. **Период охлаждения** — период времени, начинающийся со дня заключения Договора страхования, в течение которого Страхователь вправе отказаться от заключенного Договора страхования, а Страховщик обязан вернуть уплаченную страховую премию в порядке, установленном в разделе 8 настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней, если Договором страхования не предусмотрен более длительный срок.
- 1.2.28. **Период уплаты страховой премии** — период, установленный Договором страхования для исполнения Страхователем обязанностей по уплате страховой премии (страховых взносов);
- 1.2.29. **Предшествовавшее состояние** — любое нарушение здоровья Застрахованного лица, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное и/или не диагностированное, но о существовании которого подозревали, и/или о котором Застрахованное лицо должно было знать по имеющимся проявлениям или признакам, в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного лица произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.2.30. **Страховой резерв** — выраженная в денежной форме оценка обязательств Страховщика по обеспечению предстоящих страховых выплат с учетом расходов Страховщика по исполнению Договора страхования.
- 1.2.31. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.
- 1.2.32. **Страховой случай** — произошедшее в период действия Договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого Страховщик обязан произвести страховую выплату или оплатить организацию оказания медицинских или иных услуг.
- 1.2.33. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, используемая для расчета Страховой премии. Страховой тариф по конкретному договору страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем.
- Страховой тариф зависит от состояния здоровья, пола, возраста Застрахованного лица, особенностей его трудовой деятельности, иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая, набора страховых рисков, срока страхования, периодичности оплаты страховых взносов, а также может зависеть от гарантированной нормы доходности, определенной Страховщиком.
- 1.2.34. **Срок действия Договора страхования (или «Срок страхования»)** — период действия Договора страхования, во время которого при наступлении страхового случая у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с Договором страхования. Условиями Договора страхования может быть специально оговорен срок действия в отношении отдельных программ страхования/страховых рисков.
- 1.2.35. **Территория страхования** — территория, на которую распространяется действие Договора страхования. По настоящим Правилам территорией страхования определяется весь мир, если Договором страхования не предусмотрено иное.
- 1.2.36. **Территория оказания услуг** – территория, на которой Застрахованному(-ым) лицу(-ам) могут быть организованы и оказаны медицинские и иные услуги.
- 1.2.37. **Форс-мажор** — обстоятельства непреодолимой силы: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, природные катастрофы и катаклизмы.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектами страхования являются:
- 2.1.1. не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до диагностирования ему смертельно опасного заболевания как это определено в Разделе 1;
- 2.1.2. не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил страхования (включая приложения), а также по тексту договора страхования и других, связанных со страховой услугой документов, – «медицинское страхование»).
- 2.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не принимаются на страхование следующие лица:

- 2.1.1. Больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита;
- 2.1.2. Имеющие психические (нервные) заболевания и/или расстройства;
- 2.1.3. Состоящие на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах;
- 2.1.4. Находящиеся под следствием или осужденные к лишению свободы;
- 2.1.5. Инвалиды 1,2 группы или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу;
- 2.1.6. Другие лица по усмотрению Страховщика по итогам оценки страховых рисков.
- 2.2. В отношении лиц, не соответствующих установленным ограничениям согласно п. 2.1. настоящих Правил, Страховщик вправе предложить заключение Договора страхования на особых условиях.

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

- 3.1. В соответствии с настоящими Правилами Договор страхования может быть заключен с ответственностью по следующим страховым рискам:
  - 3.1.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Приложением №1 к настоящим Правилам страхования **«Программой добровольного медицинского страхования «Лечение» (далее – Программа)** вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (**также именуется Обращение по программе ДМС «Лечение»**), которая может содержать в себе одну или несколько Программ:
    - **Программа ДМС №1.1 «Лечение онкологических заболеваний»;**
    - **Программа ДМС №1.2 «Второе медицинское мнение»;**
    - **Программа ДМС №1.3 «Чек-ап».**
  - 3.1.2. **Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания (также именуется «СОЗ»)** у Застрахованного лица в течение срока действия Договора (Приложение № 2 к Правилам страхования).
- 3.2. Перечень страховых программ/страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Страховым полисом.

### **4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ**

- 4.1. Не признаются страховыми случаями события, наступившие при следующих обстоятельствах:
  - 4.1.1. В результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний / несчастного случая при заключении Договора страхования;
  - 4.1.2. Участии Застрахованного лица в столкновениях (иных приравняемых к ним событиях), нарушениях общественного порядка, в совершении террористического акта;
  - 4.1.3. В результате отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);
  - 4.1.4. Управлении Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
  - 4.1.5. Во время пребывания в местах лишения свободы;
  - 4.1.6. Непосредственном участии Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;
  - 4.1.7. Вследствие полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
  - 4.1.8. Занятии Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятия следующими видами спорта / увлечениями (вне зависимости от уровня): авто/мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, прыжки с канатом), альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, катание на моторном катере, гребля на байдарках, каноэ, каяке;
  - 4.1.9. В результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;
  - 4.1.10. Вследствие обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, если при этом не была надлежащим образом исполнена обязанность, предусмотренная п. 6.3. настоящих Правил страхования.
- 4.2. По соглашению Сторон Договором страхования и/или Программой могут быть установлены исключения из страхования, в том числе отличающиеся от указанных в п. 4.1 настоящих Правил страхования.
- 4.3. События, определенные как исключения из страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату или оплатить или организовать оказание медицинских или иных услуг.

### **5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

- 5.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Страховом полисе в соответствующем разделе **«Условия страхования»**.

- 5.2. Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску и/или в виде единой суммы по определенным страховым рискам. Если иное не предусмотрено Договором страхования и/или настоящими Правилами страхования, страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.
- 5.3. Страховые суммы указываются в российских рублях.
- 5.4. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.
- 5.5. Страховая премия оплачивается единовременно или в рассрочку (ежегодно) в виде страховых взносов в размере и в сроки, установленные Договором страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 5.6. При неоплате страховой премии или первого страхового взноса (при оплате в рассрочку) в полном объеме и до истечения срока уплаты, указанного в Страховом полисе, Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.
- 5.7. Возврат денежных средств производится в рублях.
- 5.8. Льготный период.
- 5.8.1. Если Страхователь в срок не уплатил очередной страховой взнос, то наступает Льготный период, во время которого Договор страхования остается в силе. Льготный период составляет 60 (шестьдесят) календарных дней. Льготный период начинается с даты, следующей за установленной в Договоре страхования датой оплаты страхового взноса, внесение которого просрочено.
- 5.9. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса, Страховщик направляет Страхователю уведомление о возможности оплаты просроченного страхового взноса в Льготный период. Если задолженность Страхователя по уплате очередного взноса не будет ликвидирована в Льготный период, Стороны считают неуплату очередного страхового взноса реализацией права Страхователя на отказ от Договора страхования. При этом Договор считается расторгнутым в соответствии с настоящими Правилами и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.
- 5.10. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы или суммы за оплату организации и оказания медицинских и иных услуг вправе зачесть сумму просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 6.1. Договор страхования может заключаться на основании устного заявления Страхователя путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса, подписанного Страховщиком и принятого Страхователем в соответствии со ст. 435 и 438, п. 2 ст. 940 ГК РФ. Оплачивая страховую премию Страхователь подтверждает факт заключения Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.
- 6.2. Для заключения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены:
  - 6.2.1. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя), а также их представителей (персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.; реквизиты документов, удостоверяющие личности);
  - 6.2.2. Сведения и/или документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные п. 6.3 настоящих Правил (если применимо);
  - 6.2.3. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.);
  - 6.2.4. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные;
  - 6.2.5. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).
- 6.3. Страховщик при заключении Договора страхования обязан производить оценку страховых рисков и может при этом запросить у Страхователя следующие сведения в отношении:
  - 6.3.1. Застрахованного лица:
    - фамилия, имя, отчество;
    - возраст, пол, рост, артериальное давление;
    - гражданство;
    - дата и место рождения;
    - реквизиты документа, удостоверяющего личность;
    - адрес места жительства (регистрации) и фактического места жительства, контактный телефон Застрахованного лица;
    - идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
    - страховой номер индивидуального лицевого счета (при его наличии);
    - адрес электронной почты;
    - является ли Застрахованное лицо иностранным публичным должностным лицом, российским должностным лицом, лицом публичной международной организации; супругом, родственником ИПДЛ, РПДЛ, а именно: лица, замещающие (занимающие) государственную должность РФ, члены

Совета Директоров ЦБ РФ, федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организаций, созданных РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом РФ;

- выступает ли от имени должностного лица публичной международной организации;
- сведения о диспансерном учете;
- сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации/сведения, связанные с беременностью (для женщин));
- сведения о личном страховании (об имеющихся Договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении Договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
- сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
- информацию о прохождении медицинского осмотра / обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья, в т. ч. в учреждении по выбору и за счет Страховщика;
- сведения о профессии/профессиональной деятельности/роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));
- сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);
- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т. ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств));
- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
- сведения об иждивенцах;
- сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль);
- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
- сведения о месте жительства/временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.).

#### 6.3.2. Страхователя:

##### А. Физического лица:

- фамилия, имя, отчество;
- возраст, пол;
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- адрес места жительства (регистрации) и фактического места жительства, контактный телефон Страхователя;
- идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- страховой номер индивидуального лицевого счета (при его наличии);
- банковские реквизиты Страхователя.

##### Б. Юридического лица или индивидуального предпринимателя:

- наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя, в том числе его организационно-правовую форму;
- персональные данные представителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.); документы, удостоверяющие личность;
- Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо);
- Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо);



- Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.;
- Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц);
- Сведения (документы) о финансовом положении - копии годовой бухгалтерской отчетности;
- Сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о Страхователе других партнеров/клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых Страхователь находится (находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации Страхователя);
- Сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества Страхователя;
- Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные;
- Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

При заключении Договора Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). Сообщение Страхователем обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, производится путем указания Страхователем сведений в Договоре страхования и оплатой/подписанием Договора, в том числе подтверждая тем самым справедливость утверждений изложенных в Декларации Застрахованных (-ого) лиц (-а) (далее «Декларация»).

- 6.4. Форма предоставления указанных в п. 6.2 и 6.3 настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 6.2 и 6.3 настоящих Правил перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иные документы и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).
- 6.5. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признание Договора страхования недействительным.  
Если Страхователем (Застрахованным лицом) указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 6.2 и 6.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос о заключении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов. О необходимости предоставления недостающих сведений / документов Страховщик уведомляет Страхователя.
- 6.6. В соответствии со статьей 160 ГК РФ Страховщик и Страхователь согласились, что Договор страхования, а также все приложения, дополнительные соглашения к нему и иные документы, относящиеся к Договору страхования, скрепляются аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналогом печати Страховщика. Под аналогом подписи и печати понимается их факсимильное воспроизведение с помощью средств электронного копирования (компьютерной программы).
- 6.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в Страховом полисе или в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.  
При изменении контактных данных Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления с курьером или посредством почтовой связи; в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением.  
Страховщик в течение 3 (трех) календарных дней уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».  
Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) сообщения (в т. ч. предусмотренные пп. 12.1.2 Правил страхования) посредством личного кабинета, а также электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в имеющихся у Страховщика документах. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.
- 6.8. Вся информация о текущем состоянии Договора страхования предоставляется в личном кабинете с индивидуальным доступом Страхователя. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренными законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами страхования и Договором страхования.

Договором страхования может быть установлен обязательный для Страхователя срок предварительного обращения к Страховщику по вопросу внесения изменений в Договор страхования и/или иные положения, уточняющие порядок внесения изменений (например, условие о том, что внесение изменений возможно только в годовщину действия Договора страхования).

- 6.9. В случаях, когда изменения в Договор страхования подлежат внесению по соглашению Сторон, Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) и оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий страхования.
- 6.10. В случае утери Страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает его дубликат, после чего утраченный Страховой полис считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производится.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 7.1. Срок действия Договора страхования определяется соглашением Сторон и указывается в Страховом полисе.
- 7.2. Дата начала срока страхования совпадает с датой начала срока действия Договора страхования при условии уплаты Страхователем страховой премии в размере и сроки, указанные в Страховом полисе.
- 7.3. Дата окончания срока страхования совпадает с самой ранней из двух дат: датой досрочного прекращения Договора или датой окончания срока действия Договора.

## **8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 8.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:
  - 8.1.1. При выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме, под которым понимается полное исполнение обязательств согласно п. 9.1., 9.2. Правил страхования;
  - 8.1.2. При смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным, если Застрахованный или иное лицо не примет на себя обязанности Страхователя по договору страхования;
  - 8.1.3. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай в соответствии с п. 1. ст. 958 ГК РФ;
  - 8.1.4. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком как дата, указанная в заявлении Страхователя, но не может быть ранее получения Страховщиком заявления и позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 8.2. Правил страхования;
  - 8.1.5. По инициативе Страховщика на основании п. 5.9 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты окончания Льготного периода;
  - 8.1.6. По соглашению Сторон;
  - 8.1.7. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 8.2. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:
  - 8.2.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме;
  - 8.2.2. Документ, удостоверяющий личность заявителя (в т. ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплату, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);
  - 8.2.3. Справка о подтверждении неполучения социального налогового вычета либо подтверждении факта получения суммы предоставленного социального налогового вычета, предусмотренного подпунктом 4 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации;
  - 8.2.4. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей).
- 8.3. Истечение срока действия Договора страхования не прекращает возникшие из Договора обязательства Сторон. Договор действует до исполнения обязательств Сторон в полном объеме.
  - 8.3.1. В отношении риска Обращение по программе ДМС «Лечение онкологических заболеваний» в случае истечения срока действия Договора страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента истечения срока действия Договора страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия Договора страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (тридцати) последовательных календарных дней после истечения срока действия Договора страхования.
- 8.4. Расторжение Договора страхования до истечения срока, на который он был заключен, влечет за собой прекращение всех обязательств Сторон по Договору страхования, за исключением тех, которые связаны с прекращением Договора страхования. В частности, досрочное прекращение действия Договора страхования прекращает обязательства Страховщика по осуществлению страховой(-ых) выплаты(-т) (по событиям, о которых Страховщик не был уведомлен), и начиная со дня, следующего за последним днем действия Договора страхования, страховая(-ые) выплата(-ы) или оплата медицинских и иных услуг по Договору страхования не производится(-ятся).

- 8.5. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения Договора страхования, отличные от указанных в настоящих Правилах.
- 8.6. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (в «период охлаждения») независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, путем направления Страховщику письменного заявления. В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в указанный срок до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в указанный срок, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения. Страховщик осуществляет возврат страхователю страховой премии 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.
- 8.7.1. Возврат денежных средств производится в рублях.

## **9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 9.1. При наступлении страхового случая по страховому риску **СОЗ** страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) страховой суммы, установленной для данного риска.
- 9.2. При наступлении страхового случая по страховому риску **Обращение по программе ДМС «Лечение»** Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программой), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу.  
При этом:
- 9.2.1. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, непосредственно медицинским и иным организациям в соответствии с заключенными с ними договорами (в т.ч. в сроки и в порядке, которые установлены указанными договорами), при предоставлении такими организациями документов: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.
- 9.2.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг в объеме и сроки, предусмотренные Договором страхования (в т.ч. в Программе). При этом выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией).
- 9.2.3. Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в сроки и в соответствии с порядком работы, предусмотренным в организации, непосредственно оказывающей медицинскую или иные услуги. При этом Страховщик вправе проверить и качество услуг, оказанных Застрахованному лицу, и их соответствие условиям договора страхования.
- 9.2.4. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц обеспечивает ознакомление Страхователя с условиями организации оказания медицинских и иных услуг любыми доступными Страховщику способами (в т.ч. посредством информационных материалов и / или официального сайта Страховщика в сети «Интернет»).
- 9.3. Размер страховой выплаты устанавливается в пределах лимитов ответственности, определенных Договором страхования и для риска п. 3.1.1 определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования.

## **10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

- 10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховым случаем наступил вследствие:
- 10.1.1 Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.
- 10.1.2 Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 10.1.3 Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- 10.1.4 Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 10.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:
- 10.2.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования или Программе).
- 10.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).

- 10.2.3. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 10.2.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и / или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.
- 10.2.5. При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программе.
- 10.2.6. По иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

## **11. ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

- 11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Заявитель (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика при первой возможности, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Заявителю (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.
- 11.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Заявитель должен предоставить Страховщику или Сервисной компании следующие документы:
  - 11.2.1. Страховой полис (Договор страхования);
  - 11.2.2. Заявление по установленной Страховщиком форме, подписанное Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица, Выгодоприобретателем);
  - 11.2.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя;
  - 11.2.4. Если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, документ, подтверждающий изменение персональных данных, идентифицирующих личность, такой как: паспорт, свидетельство о заключении брака, о смене фамилии);
  - 11.2.5. Если применимо, документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативных правовых актов в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).
- 11.3. Дополнительно к указанному в п. 11.2. настоящих Правил по страховому риску **СОЗ** предоставляются:
  - 11.3.1. Медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписной эпикриз, врачебное заключение и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций.
- 11.4. Для признания события страховым случаем по страховому риску **Обращение по программе ДМС «Лечение»** после получения подтвержденного диагноза заболевания, которое удовлетворяет условиям Программы, Заявитель должен в период страхования, в кратчайшие сроки обратиться в Страховую компанию / Сервисную компанию с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с последующим предоставлением документов, которые запросит Сервисная компания. Дополнительно к указанному в п. 11.2. Правил страхования Сервисная компания вправе запросить оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов:
  - 11.4.1. Согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных (включая, все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон)), в целях надлежащего исполнения Договора страхования, организации оказания услуг в отношении Страховщика, Сервисной компании, их уполномоченных представителей, а также третьих лиц, оказывающих услуги в связи с диагностированным заболеванием Застрахованного лица.
  - 11.4.2. Согласие Застрахованного лица в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять Сервисной компании по Договору страхования любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.), как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая.
  - 11.4.3. Медицинский документ (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного, выписной эпикриз), заверенный печатью выдавшего учреждения и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в рамках настоящих Правил страхования, сроков лечения, результатов обследования и другой сопутствующей информации.
  - 11.4.4. Результаты и заключения инструментальных, лабораторных методов диагностики / исследований, в т.ч.: гистологических или цитологических (в случае системных онкологических заболеваний); радиологических визуализирующих исследований; данные магнитно-резонансной томографии, результаты коронарной ангиографии.
  - 11.4.5. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет.

- 11.4.6. Медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства о наличии и дате (датах) обращений либо об отсутствии обращений, а также Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом (форма 090/У).
- 11.4.7. Заключение врача – специалиста в предметной области с указанием полного клинического диагноза, показаний к лечению, подтверждающее необходимость назначенного лечения, а также выбранный план лечения.
- 11.5. В случае признания события по риску **Обращение по программе ДМС «Лечение»** страховым случаем - Сервисная компания начинает организацию необходимых Застрахованному лицу услуг, предусмотренных Программой и не позднее истечения 14 (четырнадцати) рабочих дней (если Программой не предусмотрено иное) с момента получения Сервисной организацией полного комплекта документов по заявленному событию, информирует Застрахованное лицо о:
- специализированных медицинских учреждениях, центрах;
  - рекомендованном лечащем враче – специалисте;
  - дальнейших действиях Застрахованного лица, необходимых для оказания услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой.
- 11.6. Если наступившее событие не признано страховым случаем, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения о непризнании события страховым случаем письменно информирует об этом Застрахованное лицо.
- 11.7. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 11.2 – 11.4, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. При этом на Заявителя (Страхователя, Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально заверенного перевода документа.
- 11.8. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.
- 11.9. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливая факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в т. ч. основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанных в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в т. ч. в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик (Сервисная компания) вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 11.2 – 11.4 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.
- 11.10. Указанный в п. 11.2 – 11.4 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.
- 11.11. При непредоставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне Страховщик (Сервисная компания) вправе в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов.

## **12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 12.1. Страховщик обязан:
- 12.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и вручить их Страхователю до заключения Договора страхования;
- 12.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 12.1.3. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате или оплате медицинских или иных услуг произвести страховую выплату или оплату медицинских или иных услуг в порядке и сроки, установленные Договором страхования и настоящими Правилами страхования;
- 12.1.4. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.
- 12.2. Страховщик имеет право:
- 12.2.1. Перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованных (-ого) лиц (-а) сведения и(или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска (в том числе медицинского характера), а также потребовать прохождения

- потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/ обследования с целью оценки фактического состояния его здоровья;
- 12.2.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
  - 12.2.3. Требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения страховой премии (страховых взносов) или снижения страховой суммы, если в течение срока действия Договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой увеличение страхового риска, а в случае неисполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанности сообщить о возникновении вышеуказанных обстоятельств или отказа Страхователя (Выгодоприобретателя) от внесения вышеуказанных изменений в Договор страхования требовать расторжения Договора страхования;
  - 12.2.4. Взимать дополнительную страховую премию (страховые взносы) за изменения, вносимые в условия Договора страхования в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;
  - 12.2.5. Отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 11.11 настоящих Правил страхования;
  - 12.2.6. Проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
  - 12.2.7. Отказаться в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;
  - 12.2.8. Осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.
- 12.3. Страхователь обязан:
- 12.3.1. Уплачивать страховую премию в порядке, размере и сроки, определенные Договором страхования;
  - 12.3.2. При заключении Договора страхования предоставить сведения и (или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и (или) оценки страхового риска (в том числе, медицинского характера);
  - 12.3.3. Не позднее 30 (тридцати) календарных дней сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение страхового риска. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение 1 (одного) дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
  - 12.3.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами страхования сроки;
  - 12.3.5. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по Договору страхования.
- 12.4. Страхователь имеет право:
- 12.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки;
  - 12.4.2. Обратиться к Страховщику или его представителю за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
  - 12.4.3. Получить дубликат Страхового полиса в случае его утраты;
  - 12.4.4. Досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика;
  - 12.4.5. Отказаться в любой момент в одностороннем порядке от исполнения Договора страхования;
  - 12.4.6. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 12.5. Помимо указанного в настоящем разделе Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования, и (или) Договором страхования, и (или) действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.5.1. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

### **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 13.1. Все разногласия и споры по Договору страхования разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия передаются на разрешение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации. Все споры по договору страхования за исключением споров, стороной которых является гражданин (Страхователь, Застрахованное лицо), использующий услуги страхования исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и (или) электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня ее получения. Иск может быть предъявлен в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии.
- 13.2. Гражданам (Страхователям, Застрахованным лицам), использующим услуги страхования исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, в целях ускоренного решения спорных вопросов рекомендуется до обращения в суд предъявить Страховщику претензию. Предъявление и рассмотрение претензии осуществляется в порядке, указанном в п.13.1 настоящих Правил.

#### **14. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ**

- 14.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).
- 14.2. Страховщик является оператором, осуществляющим обработку персональных данных. При обработке персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), являющихся физическими лицами (далее –персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.
- 14.3. Страхователь в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» фактом заключения Договора страхования предоставляет Страховщику согласие на обработку персональных данных, которое является неотъемлемой частью Договора страхования. Страхователь фактом заключения Договора страхования подтверждает, что ознакомлен с полномочиями лиц, действующих от имени Страховщика и выражает свое согласие Страховщику и уполномоченным лицам на обработку своих персональных данных, как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»: Сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; Передачу персональных данных третьим лицам, оказывающим услуги Страховщику в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования
- 14.3.1. В целях: Исполнения Договора страхования Страховщиком, а также третьими лицами, оказывающим услуги Страховщику, в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования); предоставления информации организациям, уполномоченным (в силу закона, Договора или любым иным образом) на проведение проверок и/или анализа деятельности Страховщика, а также на осуществление иных форм контроля за деятельностью Страховщика, для целей осуществления ими указанных действий; Включения персональных данных в информационную систему персональных данных (в базу данных Страховщика) для информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;
- 14.3.2. В составе перечня персональных данных: Данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, водительского удостоверения, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных Страхователем при заключении Договора в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование.
- 14.4. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения Договора, стороной которого либо Выгодоприобретателем является субъект персональных данных, а также для заключения Договора по инициативе субъекта персональных данных, согласие субъекта персональных данных не требуется. Согласие действует со дня его подписания и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия Договора страхования. Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления по адресу, указанному в заключенном Договоре.

**Программа добровольного медицинского страхования  
«Лечение»**

**Программа добровольного медицинского страхования №1.1. «Лечение онкологических заболеваний»**

**1. Общие положения**

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Согласие Вита») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.
- 1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг).

**2. Определения. Объем услуг**

- 2.1. **Онкология** – раздел медицины, изучающий доброкачественные и злокачественные опухоли (новообразования), механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы их профилактики, диагностики и лечения.
- 2.2. **Злокачественные новообразования** - любое злокачественное заболевание, характеризующееся бесконтрольным ростом, способностью проникать в окружающие ткани и метастазировать в отдаленные органы. Диагноз должен подтверждаться гистологическими или в случае злокачественных заболеваний системы крови - цитологическими доказательствами.
- 2.3. **Страховое событие.**  
Потребность в лечении злокачественного новообразования, как оно определено в п. 2.2, которое было впервые диагностировано или о котором известно Застрахованному впервые в течение периода страхования.
- 2.4. **Исключения из определения:**
  - 2.4.1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.
  - 2.4.2. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.
  - 2.4.3. Заболевания кожи следующих типов:
    - Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
    - Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.
  - 2.4.4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).
  - 2.4.5. Рак предстательной железы стадии до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.
  - 2.4.6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L).
- 2.5. **В соответствии с настоящей Программой Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая:**
  - 2.5.1. Оплата билета эконом-класса для застрахованного лица и одного сопровождающего лица, или, если Застрахованное лицо не достигло 18 лет – на двух сопровождающих в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования;
  - 2.5.2. Встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено;
  - 2.5.3. Проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (для Застрахованного лица в возрасте до 18 лет – двух сопровождающих лиц): проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.



- 2.5.4. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.
- 2.5.5. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения в рамках настоящей Программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.
- 2.5.6. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:
- осмотры врачами в том числе, врачами-специалистами;
  - диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
  - лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору страховщика;
  - трансплантация, выполняемая медицинской организацией по выбору страховщика, имеющей соответствующую лицензию;
  - имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более 900 000 (Девятисот тысяч) рублей в год на один страховой случай.
  - лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.

### **3. Порядок оказания услуг**

- 3.1. Застрахованное лицо в целях получения лечения, а также услуг, предусмотренных п. 2.5.1 – 2.5.5, обращается в Страховую компанию.  
Страховая компания имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь Сервисную компанию.
- 3.2. Страховая компания / Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить для формирования и отправки запроса на получение лечения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховой компании / Сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на получение лечения.
- 3.3. Страховая компания после получения от Застрахованного лица всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 Программы, передает Сервисной компании комплект документов и обращение от Застрахованного лица, и Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.5 настоящей Программы.
- 3.4. Сервисная компания направляет запрос на получение второго медицинского мнения выбранному Сервисной компанией с согласования Страховщика врачу-специалисту.
- 3.5. Срок организации лечения Застрахованному лицу составляет 14 (четырнадцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы.

### **4. Исключения из страхования**

- 4.1. В рамках страхования по настоящей Программе не подлежат оплате следующие услуги:
- 4.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в Разделе 2 настоящей Программы Страхования.
- 4.1.2. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.
- 4.1.3. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;
- 4.1.4. Психириргия;
- 4.1.5. Лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;
- 4.1.6. Лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.
- 4.1.7. Хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:
- если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой

- если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
  - если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
  - если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
  - если трансплантация органов, которая включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);
- 4.1.8. Медицинские и иные услуги, выполняемые в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями;
- 4.1.9. Услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);
- 4.1.10. Услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.
- 4.1.11. Не признается страховым случаем также обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:
- не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
  - в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
  - в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
  - в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
  - в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
  - связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации;
  - в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах.
  - в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования., если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;
  - в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования или выбор которых не был согласован со Страховщиком.

## Программа добровольного медицинского страхования №1.2. «Второе медицинское мнение»

### 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Согласие Вита») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Второе медицинское мнение» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.
- 1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе медицинское мнение», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся по всему миру (территория оказания услуг).

### 2. Определения. Объем услуг

- 2.1. **Второе медицинское мнение** - повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное врачом-специалистом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, представленной Застрахованным лицом, в том числе содержащейся в медицинских документах о состоянии здоровья Застрахованного лица (в частности, в истории болезни или иных медицинских документах, содержащих первое медицинское мнение);
- 2.2. **История болезни** – медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях Застрахованного лица, о назначенном и проведенном ему лечении.
- 2.3. **Медицинская информация** – информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболевания (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленных Застрахованным лицом по требованию врача-специалиста, в целях подготовки второго медицинского мнения (в том числе, выписка из истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении).
- 2.4. **Первое медицинское мнение** – первичное заключение о наличии у Застрахованного лица заболевания, вынесенное врачом, практикующим в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющим соответствующую квалификацию в области медицины, в которой было вынесено такое заключение.
- 2.5. Страховщик организует оказание медицинских услуг и иных услуг по получению Застрахованным лицом второго медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица в одной из следующих областей медицины:
  - **Онкология**
  - **Кардиология**
  - **Неврология**
  - **Нефрология**
  - **Ортопедия**

При этом наличие первого медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным условием для получения второго медицинского мнения.

- 2.6. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящей Программы:
  - 2.6.1. Предоставление Застрахованному лицу второго медицинского мнения в порядке, предусмотренном разделе 3 настоящей Программы, при соблюдении следующих условий:
    - 2.6.1.1. Застрахованное лицо имеет право на получение второго медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица в областях медицины, предусмотренных в п. 2.5 Программы 2 (два) раза в год независимо от количества Застрахованных лиц по данной Программе. Каждое обращение Застрахованного лица за получением второго медицинского мнения является отдельным страховым случаем.
    - 2.6.1.2. Второе медицинское мнение выносится врачом, назначенным по выбору Страховщика (Сервисной компании), по итогам рассмотрения и оценки первого медицинского мнения и иной медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленной Застрахованным лицом без обязательного физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом-специалистом.
    - 2.6.1.3. Второе медицинское мнение содержит заключение и/или комментарии врача о состоянии здоровья Застрахованного лица, о правильности установленного диагноза, указанного в первом медицинском мнении,

комментарии и/или рекомендации в отношении выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения, в соответствии с направленным ему запросом на получение второго медицинского мнения.

2.6.2. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.6.2.1. Услуги по выполнению перевода на иностранный язык предоставленных Застрахованным лицом медицинских документов в целях подготовки запроса на получение второго медицинского мнения и (или) по выполнению перевода на русский язык полученного второго медицинского мнения.

2.6.2.2. Консультационные услуги в связи с заболеванием (состоянием), в отношении которого Застрахованному лицу было представлено второе медицинское мнение в соответствии с настоящей Программой:

- консультирование по выбору профильного медицинского учреждения в России и/или за рубежом;
- консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;
- консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования.

### **3. Порядок оказания услуг**

3.1. Застрахованное лицо в целях получения второго медицинского мнения, а также услуг, предусмотренных п. 2.6.2, обращается в Сервисную компанию.

Сервисная компания имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь Страховщика.

3.2. Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том, какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить для формирования и отправки запроса на получение второго медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на получение второго медицинского мнения.

3.3. После получения от Застрахованного лица всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 Программы, Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.6 настоящей Программы.

3.4. Сервисная компания направляет запрос на получение второго медицинского мнения выбранному Сервисной компанией с согласования Страховщика врачу-специалисту.

3.5. Срок предоставления второго медицинского мнения Застрахованному лицу составляет:

3.5.1. 14 (четырнадцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы, кроме случаев, указанных в п. 3.5.2 настоящей Программы.

3.5.2. 30 (тридцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей или проведения дополнительных консультаций для составления экспертного медицинского мнения.

### **4. Исключения из страхования**

4.1. Не признается страховым случаем и следовательно Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

- обращение Застрахованного лица для организации оказания медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;
- обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- обращение Застрахованного лица за организацией услуг, предусмотренных настоящей Программой, если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение);
- связанное с заболеваниями, имевшимися у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования.

## Программа добровольного медицинского страхования №1.3. «Чек-ап»

### 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Согласие Вита») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Чек-ап» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.
- 1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в размере, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (при наличии).
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг).

### 2. Определения. Объем услуг

- 2.1. **Чек-ап** - это комплексное медицинское обследование организма.
- 2.2. **ЛПУ** - лечебно-профилактическое и иное медицинское учреждение, осуществляющее медицинскую деятельность.
- 2.3. В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят услуги, в отношении которых соблюдаются следующие условия:
  - возможность отказаться от оказания согласованных услуг, указанных в п.2.4 настоящей Программы, не менее чем за 24 часа до начала оказания услуг. В этом случае Сервисная компания организует оказание Застрахованному лицу услуг, из числа указанных в п. 2.4 настоящей Программы, в иной, согласованный с Застрахованным лицом срок;
  - услуги из числа указанных в п. 2.4 настоящей Программы, в отношении которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее 24 часов до начала оказания услуг, не входят в объем предоставляемых по настоящей Программе и не организуются Сервисной компанией. При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которое было назначено Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг, из числа предусмотренных в п. 2.4 настоящей Программы, в медицинской организации (ЛПУ), привлеченной Сервисной компанией.
- 2.4. Услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:
  - 2.4.1. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

Для мужчин	Для женщин
Осмотр у врача терапевта – диагностический, первичный / повторный по результатам анализов	Осмотр у врача терапевта – диагностический, первичный / повторный по результатам анализов
Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой	Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой
Общий анализ мочи (химический с микроскопией осадка)	Общий анализ мочи (химический с микроскопией осадка)
Общий холестерин, ЛПВП, глюкоза, гликозилированный гемоглобин, ГГТП, АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин, триглицериды, мочевая кислота, мочевины, общий белок, щелочная фосфатаза	Общий холестерин, ЛПВП, глюкоза, гликозилированный гемоглобин, ГГТП, АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин, триглицериды, мочевая кислота, мочевины, общий белок, щелочная фосфатаза
Электрокардиограмма в состоянии покоя 12 отведений	Электрокардиограмма в состоянии покоя 12 отведений

Велоэргометрическое исследование или тредмил тест	Велоэргометрическое исследование или тредмил тест
Рентгенография грудной клетки в прямой проекции	Рентгенография грудной клетки в прямой проекции
HBsAg (определение поверхностного антигена)	HBsAg (определение поверхностного антигена)
Anti-HCV (суммарные антитела)	Anti-HCV (суммарные антитела)
Простатический антиген общий (для мужчин 50 лет и старше)	Онкоцитология - исследование мазка
Осмотр у врача уролога – диагностический, первичный / повторный по результатам анализов	Осмотр у врача гинеколога – диагностический первичный / повторный по результатам анализов

2.4.2. Предоставление Застрахованному лицу заключения (в устной и письменной форме) и разъяснений по результатам обследования, проведенного согласно п. 2.4.1 настоящей Программы.

2.5. По решению врача перечень исследований, указанных в п. 2.4.1 может быть изменен.

### 3. Порядок оказания услуг

3.1. Застрахованное лицо в целях получения услуг по Программе обращается в Сервисную компанию.

Сервисная компания имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь Страховщика.

3.2. Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том, какую информацию он должен представить для формирования и отправки запроса на получение услуг, указанных в п. 2.4. При этом после предоставления Застрахованным лицом информации представитель Сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на проведение медицинского обследования.

3.3. После получения от Застрахованного лица всей необходимой информации, предусмотренной в п. 3.2 Программы, Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.4 настоящей Программы.

3.4. ЛПУ для прохождения Чек-ап определяется Сервисной компанией по согласованию с Застрахованным лицом.

Сервисная компания направляет запрос на проведение медицинского обследования выбранному Сервисной компанией ЛПУ от имени и по поручению Страхователя для прохождения обследования.

3.5. Сервисная компания предоставляет рекомендации по подготовке к медицинскому обследованию с указанием объема услуг из перечисленных в п. 2.4.1, необходимому перечню документов для предъявления Застрахованным лицом в ЛПУ, сроками действия лабораторных анализов после их сдачи - минимум за 24 часа до планируемого прохождения обследования по электронной почте Застрахованного лица.

3.6. Сервисная компания направляет смс-сообщение Застрахованному лицу после определения временного промежутка прохождения обследования минимум за 24 часа до визита в ЛПУ с адресом ЛПУ и датой прохождения.

3.7. Срок организации медицинского обследования Застрахованному лицу составляет 2 (два) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы.

### 4. Основания отказа в страховой выплате

4.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

- количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования (настоящей Программой). Страховщик отказывает в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;
- обращение за оказанием медицинских и иных услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);
- за оказанием медицинских и иных услуг обратилось лицо, не являющееся Застрахованным лицом по договору страхования;
- обращения за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;
- по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты)

Перечень смертельно опасных заболеваний

Статья	Наименование Смертельно опасных заболеваний	Определение Смертельно опасных заболеваний
1	<b>РАК</b>	<p>Первичное новообразование, морфологически (гистологически) определенное, как злокачественное, характеризующееся неконтролируемым ростом и способностью к метастазированию (распространением злокачественных клеток из первичного очага в здоровые ткани).</p> <p>Диагноз рака должен быть подтвержден путем предоставления результатов гистопатологического анализа.</p> <p>В определение «Рак» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркому.</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>а) Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень T3N(0)M(0) по международной классификации TNM;</i></li> <li><i>б) Рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1б) по классификации TNM;</i></li> <li><i>в) Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания;</i></li> <li><i>г) Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;</i></li> <li><i>д) Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации RAI);</i></li> <li><i>е) Папиллярный рак щитовидной железы;</i></li> <li><i>ж) Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный, как имеющий стадию TaNOM0 или меньше;</i></li> <li><i>з) Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).</i></li> </ul>
2	<b>ИНФАРКТ МИОКАРДА</b>	<p>Остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения).</p> <p>Инфаркт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии всех нижеследующих симптомов (признаков):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;</li> <li>б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;</li> <li>в) диагностически значимое увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК), тропонинов или других биохимических маркеров;</li> <li>г) подтвержденное снижение функции левого желудочка, например – снижение фракции выброса левого желудочка или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии движения стенки, обусловленные</li> </ul>



		<p>инфарктом миокарда.</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <p><i>а) Инфаркт миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;</i></p> <p><i>б) Стабильная/нестабильная стенокардия.</i></p>
3	<b>ИНСУЛЬТ</b>	<p>Острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим стойким необратимым нарушениям функций организма.</p> <p>Оценка нарушения функций может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <p><i>а) Транзиторная ишемическая атака;</i></p> <p><i>б) Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;</i></p> <p><i>в) Травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга;</i></p> <p><i>г) Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.</i></p>
4	<b>АОРТКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ</b>	<p>Перенесение по рекомендации кардиохирурга операции аортокоронарного шунтирования (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом, заключающимся в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерии) с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий.</p> <p>Необходимость проведения и проведение операции должны быть подтверждены врачом-специалистом и методом коронарной ангиографии.</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются все нехирургические методы воздействия (вмешательства), в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, стентирование, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.</i></p>
5	<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ</b>	<p>Перенесение в качестве реципиента трансплантации сердца, легкого, печени, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), костного мозга, почки.</p> <p>Перенесение трансплантации должно быть обусловлено финальной стадией недостаточности указанных в определении органов, генетическими и метаболическими заболеваниями.</p> <p>Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены врачом-специалистом.</p> <p>Случаи одновременной пересадки нескольких из указанных в определении органов считаются в целях настоящего страхования одной трансплантацией.</p>

		<p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>а) Трансплантация костного мозга, осуществленная после проведения Застрахованному, полного курса лучевой терапии;</i></li> <li><i>б) Пересадка других органов, а также частей органов или тканей;</i></li> <li><i>в) Проведение трансплантации в целях, когда Застрахованный выступает донором.</i></li> </ul>
6	<b>НЕЙРОХИРУРГИЯ</b>	<p>Нейрохирургические операции на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга.</p> <p>Необходимость проведения и проведение операции должны быть подтверждены врачом-специалистом и методом радиологической диагностики.</p>

**Примерный образец Страхового полиса (Договора страхования жизни)**

<b>СТРАХОВОЙ ПОЛИС (ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ)</b>			
<b>Программа «Вита СуперДок»</b>			
№ _____ от _____			
Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса, подписанного Страховщиком и принятого Страхователем в соответствии со ст. 435 и 438, п. 2 ст. 940 ГК РФ на условиях Комбинированных правил страхования «Вита СуперДок», утвержденных Приказом Генерального директора ООО СК «Согласие-Вита» от 20.03.2019 г. №СВ-1-07-15 (далее - Правила). Настоящий Договор страхования является комбинированным и заключен в рамках деятельности Страховщика по страхованию жизни и личному страхованию. Договор включает следующие виды страхования: «страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события» и «добровольное медицинское страхование» (пп. 1 и пп. 5 п.1 ст.32.9 Закона РФ №4015-1 от 27.11.1992 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»).			
<b>1. СТРАХОВЩИК</b>			
ООО СК «Согласие-Вита», в лице Заместителя Генерального директора Омелюты А.Б., действующего на основании доверенности №40 от 25.07.2018г. Лицензии СЖ № 3511, СЛ № 3511, Адрес: 129090, г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42, Телефон: +7(495)660-58-30. Адрес сайта: www.soglasie-vita.ru; Электронная Почта: info@soglasie-vita.ru. <b>Банковские реквизиты:</b> р/с № 40701810200000011406 в ОАО АКБ «РОСБАНК», г. Москва, к/с № 30101810000000000256, БИК 044525256, ИНН 7706217093, КПП 770201001			
<b>2. СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО-1</b>			
ФИО:	Дата рождения:	ИНН(при наличии):	
Пол:	e-mail:	Телефон:	
СНИЛС (при наличии):	Гражданство:	Место рождения:	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:			
Наименование	Серия и номер:	Когда выдан:	
Кем выдан:		Код подразделения:	
Адрес регистрации:			
Адрес фактического места жительства:			
<b>2.1 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА</b>			
Стороны установили, что в качестве информации, достаточной для определения Дополнительного Застрахованного лица являются сведения указанные в Страховом полисе. При этом стороны считают условие Договора страхования о Дополнительном Застрахованном лице согласованным.			
2.1.1. Дополнительным Застрахованным лицом является ребенок/дети (без ограничений по количеству) Застрахованного лица-1 в возрасте от 1 (одного) года до 17 (семнадцати) лет;			
2.1.2. Застрахованное лицо-1 подтверждает, что Дополнительное (-ые) Застрахованное (-ые) лицо (-а) не является (-ются), в т.ч.:			
2.1.2.1. инвалидом (присвоена категория «ребенок инвалид»), а также не имеет основания или действующих направлений на социальную экспертизу для присвоения категории «ребенок инвалид»;			
2.1.2.3 лицом, больным СПИДом или инфицированным вирусом иммунодефицита;			
2.1.2.4. лицом, имеющим психические заболевания и/или расстройства;			
2.1.2.5 лицом, состоящим на учете в наркологических и/или психоневрологических диспансерах;			
2.1.2.6 лицом, состоящем на диспансерном учете по поводу смертельно опасных болезней: злокачественных (онкологических) заболеваний и/или болезней системы крови.			
<b>2.2 ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО-2</b>			
ФИО:	Дата рождения:	e-mail:	
Пол:	Родственная связь:	Телефон:	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:			
Наименование	Серия и номер:	Когда выдан:	
Кем выдан:		Код подразделения:	
Адрес регистрации:			
Адрес фактического места жительства:			
<b>3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ</b>			
<b>Срок действия Договора страхования с:</b> _____ <b>по:</b> _____			
Договор страхования вступает в силу при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном размере не позднее 7 (семи) календарных дней с даты заключения Договора.			

<b>4. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ</b>	
Программы страхования / Страховые риски / Страховые случаи	Страховая сумма*, руб.
Основная программа для Застрахованного лица-1 и Дополнительных (-ого) Застрахованных (-ого) лиц (-а): *Страховая сумма предусмотрена для каждого из Застрахованных лиц	
Дополнительная программа:	
<b>Размер страховой премии (первого и каждого последующего страхового взноса):</b>	рублей 00 копеек
<b>Период уплаты страховых взносов:</b>	5 лет
<b>Порядок уплаты страховых взносов:</b>	
<b>Даты уплаты очередных страховых взносов:</b>	каждого года периода уплаты страховых взносов.
Страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях.	
*По страховому риску «Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания» страхование начинает действовать на 181 (сто восемьдесят первый) календарный день со дня вступления Договора страхования в силу и заканчивается одновременно с окончанием срока действия Договора.	
<b>5. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ</b>	
Право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа принадлежит Застрахованному лицу-1, Дополнительному застрахованному лицу (его представителю), Застрахованному лицу-2.	
<b>6. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА-1/ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА-2</b>	
Настоящим, подтверждаю, что:	
6.1. возраст Застрахованного лица не менее 18 (восемнадцати) и не более 45 (сорока пяти) лет;	
6.2. Застрахованное лицо не является инвалидом I, II, III группы или направлено на медико-санитарную экспертизу для установления инвалидности в связи со злокачественными новообразованиями и/или болезнями системы крови, сахарным диабетом, лицом, перенесшим инфаркты, инсульты, операции на сердце и его сосудах, тромбозом легочной артерии, имеющим врожденный порок сердца, страдающим гипертонией III или IV степени, стенокардией, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью II и III стадии, циррозом печени, болезнью Крона, язвенным колитом, терминальной почечной недостаточностью, гепатитом В и С, а также не является лицом, состоящим на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;	
6.3. Застрахованное лицо не состоит на диспансерном учете по поводу смертельно опасных болезней: злокачественных (онкологических) заболеваний и/или болезней системы крови, ВИЧ-инфицировании или СПИДа;	
6.4. Застрахованному лицу в настоящее время и в прошлом не были диагностированы заболевания, классифицируемые в соответствии с Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) последующим кодам: C00-C97 – злокачественные новообразования; D00-D09 – новообразования IN SITU; D37-D48 – новообразования неопределенного или неизвестного характера (т.е. новообразования, вызывающие сомнения в том, являются ли они злокачественными или доброкачественными);	
6.5. Застрахованному лицу в настоящее время и в прошлом не было выявлено какое-либо из следующих заболеваний:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• рак, неизлечимые заболевания крови, лейкемия и злокачественные заболевания лимфатической системы, в том числе болезнь Ходжкина;</li> <li>• любые образования (состояния), указанные как злокачественные или предраковые в заключении врача и подтвержденные гистологически;</li> <li>• все стадии цервикальной интраэпителиальной неоплазии; все предраковые опухоли и предопухолевые заболевания;</li> <li>• любой преинвазивный, интраэпителиальный или неинвазивный рак (cancer in situ), в том числе шейки матки; рак предстательной железы стадии 1 (T1a, 1b, 1c) по классификации TNM;</li> <li>• базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;</li> <li>• злокачественные опухоли кожи, злокачественная меланома стадии IA (T1a N0 M0);</li> <li>• саркома Капоши и другие злокачественные опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом;</li> <li>• заболевания, вызванные воздействием радиации;</li> </ul>	
6.6. Застрахованное лицо не находится под следствием и не осуждено к лишению свободы.	
<b>7. УСЛОВИЯ ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ</b>	
Оплачивая страховую премию и принимая настоящий Страховой полис Страхователь подтверждает факт заключения Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях. Страхователь заявляет, что сведения, сообщенные Страховщику, являются полными, достоверными и точными; не упущены и не скрыты факты, касающиеся прошлого и настоящего состояния здоровья Застрахованных лиц. Страхователь осознает, что сообщение заведомо ложных сведений по вопросам, сформулированным в данном Страховом полисе, иных формах и анкетах Страховщика, может явиться основанием для отказа Страховщика в признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты, а также признания Договора страхования недействительным в установленном законом порядке.	
На основании положений Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» Страхователь разрешает медицинским и иным учреждениям предоставлять информацию о состоянии здоровья Застрахованных лиц, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в том числе предоставление соответствующих копий документов, по запросу Страховщика.	
Застрахованные лица выражают свое согласие на получение Страховщиком в целях исполнения Договора страхования: медицинской информации от любого врача (медицинского учреждения), у которого они когда-либо консультировались и/или лечились, а также будут обращаться в последующем; на получение необходимой информации в правоохранительных, медицинских и других органах (учреждениях) для проверки предоставленной информации о Застрахованных лицах, а также для выяснения всех обстоятельств наступления страхового случая; на получение любой информации от страховых компаний, к которым Застрахованные лица обращались на страхование жизни, данное согласие дано на срок 5 лет.	
На основании положений Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь выражает	

свое согласие на обработку всех содержащихся в настоящем Договоре страховании и прилагающихся к нему документах персональных данных Страховщику в целях заключения и исполнения Договора страхования посредством выполнения следующих действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (изменение, обновление), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам, трансграничную передачу третьим лицам: ООО «Вирту Системс» (141006 Московская область, город Мытищи, Волковское шоссе, владение 5А, строение 1, офисы 601, 602, 603, 608), ООО «БиАйВи» (127576, Москва, ул. Новгородская, д.1, корп. Г, подъезд 1, оф. 208); ФГУП «Почта России» (131000, Москва, Варшавское шоссе, д. 37); ООО "СК "Согласие" (129110, г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42), ООО «Комус-Р2» (Тульская область, г. Тула, ул. Войкова, 2/5), Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (Израиль, 67060 Тель-Авив, ул. Хашлоша д.2), ПАО РОСБАНК (107078, Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34), ООО «Доктор рядом» (107076, Москва, ул. Краснобогатырская, д. 44, стр. 1), ИП Заруба Елена Валерьевна 630119, г.Новосибирск, ул.Зорге, д.145-64.

Страхователь подтверждает, что: не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), должностным лицом публичных международных организаций и/или родственником ИПДЛ, не относится к Российским публичным должностным лицам, указанным в Разделе 6 Правил, не является лицом, не имеющим регистрации, места жительства/нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое(ая) не выполняет рекомендации ФАТФ, не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза, по отношению к нему не возбуждено производство по делу о несостоятельности (банкротстве), по отношению к нему не предъявлено гражданских исков со стороны судебных, налоговых и иных надзорных органов, не является лицом, в отношении которого установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского союза, США и иных стран и организаций, не является лицом, внесенным в список лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемыми указанными странами и организациями, и соглашается с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение, а также не является налоговым резидентом иного государства, чем РФ. В соответствии со статьей 160 ГК РФ факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования либо электронной подписи Страховщика на настоящем Страховом полисе признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригиналом печати Страховщика. Страховой полис имеет силу, аналогичную документу, собственноручно подписанному уполномоченным лицом Страховщика и скрепленному печатью Страховщика.

С текстом Правил и Памяткой с информацией о страховой услуге Страхователь ознакомлен, положение Правил и Памятки разъяснены, экземпляры Правил и Памятки вручен.

Неотъемлемой частью настоящего Страхового полиса является:

Перечень смертельно опасных заболеваний (Приложение №2 к Правилам)	является неотъемлемой частью Страхового полиса
--	--

По настоящему Договору страхования предусмотрена программа ДМС «Лечение», которая включает в себя:

**1. Программа ДМС №1.2. «Второе медицинское мнение для» Застрахованного лица-1 и Дополнительного застрахованного лица.**

Телефоны для обращений: 8-800-500-38-80 или 8-800-511-64-62.

**2. Программа ДМС №1.3. «Чек-ап» для Застрахованного лица-1.**

Телефон для обращений: 8-800-511-64-62.

По настоящему Договору страхования ООО СК «Согласие-Вита» оплачивает организацию и предоставление Застрахованному лицу-1 услуг:

**1. «Телемедицина».** Программа предусматривает дистанционные онлайн консультации врача-специалиста Застрахованному лицу с целью оказания медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн). Условия предоставления услуги и наполнение указаны в Сертификате «Телемедицина». Телефон для обращений: 8-800-550-69-79.

**2. «Генетические тесты».** Программа предусматривает возможность определить индивидуальные генетические характеристики и возможную предрасположенности к заболеваниям на основании исследования ДНК. Условия предоставления услуги и наполнение указаны в Сертификате «Генетические тесты». Телефон для обращений: 8-800-511-9-234.

