

**УТВЕРЖДЕНО**

**приказом Генерального директора**

**ООО «ППФ Страхование жизни»**

**от «24» января 2022 г. № 8**

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО КОМБИНИРОВАННОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
ПО ПРОДУКТУ «ЗАБОТА»**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
8. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного комбинированного страхования по продукту «Забота» (далее - «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила являются неотъемлемой частью договора комбинированного страхования по продукту «Забота», заключаемого Страховщиком со Страхователем (далее - «договор страхования» или «договор»).

1.2. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату, уплачиваемую Страхователем, при наступлении с Застрахованным страховых случаев в части страхования от несчастных случаев и болезней выплатить обусловленную договором страховую сумму или ее часть; а в части медицинского страхования – оплатить организацию и оказание указанных в Правилах и договоре медицинских услуг (медицинской помощи) и/ или иных указанных в договоре услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих организации и/ или оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их.

1.3. Предусмотренные договором страхования выплаты Страховщик производит независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

1.4. Далее в Правилах и заключаемых в соответствии с Правилами договорах страхования используются следующие термины:

1.4.1. **СТРАХОВЩИК** - *Общество с ограниченной ответственностью «ППФ Страхование жизни»* - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной Банком России лицензией.

1.4.2. **СТРАХОВАТЕЛЬ** - дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком на основании Правил.

Страхователи вправе заключать договоры о страховании только своих имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, т.е. Страхователь одновременно является и Застрахованным.

1.4.3. **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (ЗАСТРАХОВАННЫЙ)** - физическое лицо в возрасте от 18 до 65 лет, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили договор страхования на случай наступления предусмотренных договором событий в его жизни.

1.4.4. **ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ** - лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты по договору. Выгодоприобретателем является Застрахованный.

1.4.5. **СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (СОЗ)** - событие, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни

Застрахованного, способное привести к инвалидности и характеризующееся чрезвычайно высоким уровнем смертности (смертельно опасное заболевание). К смертельно опасным заболеваниям относятся следующие заболевания и соответствующие им определения:

1.4.5.1. **Онкологическое заболевание (рак)**- заболевание, проявляющееся в наличии одной или более злокачественных опухолей, подтвержденное гистологическим или иммуногистохимическим исследованием, в том числе:

- ракоподобные лимфомы;
- злокачественные заболевания костного мозга;
- лейкемия.

*Не являются онкологическими заболеваниями (раком) в соответствии с настоящими Правилами:*

- доброкачественные новообразования,
- карцинома in situ, прединвазивные новообразования (рак in situ), неинвазивный рак, дисплазия и все предраковые новообразования;
- рак предстательной железы стадии менее T2bN0M0;
- папиллярный или фолликулярный рак щитовидной железы стадии менее T2N0M0;
- карциномы базальных клеток и плоскоклеточных клеток кожи и протэберанты дерматофибросаркомы;
- рак, диагностированный на основе обнаружения опухолевых клеток и/или опухолесодержащих молекул в крови, слюне, фекалиях, моче или любой другой телесной жидкости в отсутствие дальнейших окончательных и клинически проверяемых доказательств;
- все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа.

1.4.5.2. **Инфаркт миокарда** – остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:

- длительный приступ характерных болей в грудной клетке;
- новые типичные изменения ЭКГ, например:
  - изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой,
  - формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q;
- типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови.

Диагноз и данные обследования должны быть подтверждены врачом-кардиологом.

1.4.5.3. **Инсульт** – отмирание мозговой ткани из-за недостаточного кровоснабжения или кровоизлияния, приведшее ко всем следующим последствиям:

- появление новых неврологических симптомов, соответствующих диагнозу инсульт;
- новые объективные неврологические дефициты при клиническом обследовании, сохраняющиеся непрерывно в течение не менее 6 недель после постановки диагноза инсульт;
- изменение в структуре головного мозга, подтвержденное результатами компьютерной томографии или МРТ (если проводились), согласующееся с клиническим диагнозом инсульт.

Следующие заболевания/ состояния не входят в указанное определение:

- транзиторная ишемическая атака (ТИА), преходящие нарушения мозгового кровообращения, длящиеся менее 24 часов;
- травматическое повреждение мозговой ткани или кровеносных сосудов;
- вторичное кровоизлияние в уже имеющееся поражение головного мозга;
- аномалия, наблюдаемая при сканировании головного мозга или других органов без четко связанных клинических симптомов и неврологических признаков;
- гибель тканей зрительного нерва или сетчатки.

1.4.5.4. **Терминальная почечная недостаточность** - последняя стадия необратимого хронического нарушения функции обеих почек, приводящего к:

- повышению уровня креатинина в крови до 7-10 мг%;
- нарушению выведения продуктов азотистого обмена;
- нарушению водно-солевого, осмотического, кислотно-щелочного равновесия;
- артериальной гипертензии,

что требует постоянного проведения гемодиализа, перитонеального диализа или трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-нефрологом.

1.4.5.5. **Аортокоронарное шунтирование** – это прямое оперативное вмешательство на сердце, рекомендованное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии коронарных артерий.

Исключения:

- баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
- применение лазера;
- маммарокоронарное шунтирование;
- другие нехирургические процедуры.

Диагноз должен быть подтвержден кардиохирургом.

1.4.5.6. **Трансплантация жизненно важных органов** и (или) тканей человека - перенесение в качестве реципиента трансплантации:

- сердца;
- легкого;
- печени;
- почки;
- поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса);
- костного мозга.

Исключения:

- донорство органов.

1.4.5.7. **Паралич** - полный и постоянный паралич, проявляющийся:

- параплегией;
- гемиплегией;
- тетраплегией.

Паралич не является страховым случаем, если он развился вследствие:

- болезни, которая была впервые диагностирована у Застрахованного до даты заключения договора страхования, за исключением тех болезней, о наличии которых Страховщик был уведомлен Страхователем до заключения договора страхования;
- несчастного случая, произошедшего с Застрахованным до даты заключения договора страхования, если Страхователь до заключения договора страхования не информировал Страховщика о таком несчастном случае.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения смертельно опасных заболеваний.

1.4.6. **СЕРЬЕЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (СЗ)** - событие, значительно влияющее на жизненный уклад и качество жизни Застрахованного. К серьезным заболеваниям относятся следующие заболевания и соответствующие им определения:

1.4.6.1. **Преинвазивный рак (рак in situ)** - заболевание, характеризующиеся фокальным, локализованным автономным ростом карциноматозных клеток, который оставался ограниченным слоем ткани, из которого он впервые развился, и еще не привел к вторжению в нормальные окружающие ткани или другие части тела, подтвержденное гистологическим или иммуногистохимическим исследованием, в том числе:

- все первичные карциномы *in situ* согласно классификации стадий рака Американского объединенного комитета по раку (American Joint Committee on Cancer, AJCC), «Руководству по классификации рака, 7-е издание» («AJCC Cancer Staging Handbook, 7th edition», by the American Joint Committee on Cancer), за исключением рака кожи, отличного от меланомы *in situ*;
- первичный рак предстательной железы на стадии T1aN0M0, T1bN0M0 или T2aN0M0 - только при лечении радикальной простатэктомией;
- папиллярный или фолликулярный рак щитовидной железы на стадии T1 (включая T1aN0M0 и T1bN0M0).

*Не являются преинвазивным раком в соответствии с настоящими Правилами следующие заболевания:*

- дисплазия и любые предраковые состояния;
- любой рак кожи, за исключением меланомы *in situ*;
- рак, диагностированный на основе обнаружения опухолевых клеток и/или опухолесодержащих молекул в крови, слюне, фекалиях, моче или любой другой телесной жидкости в отсутствие дальнейших окончательных и клинически проверяемых доказательств.

**1.4.6.2. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)**– отмирание мозговой ткани из-за недостаточного кровоснабжения или кровоизлияния, приведшее ко всем следующим последствиям:

- появление новых неврологических симптомов, соответствующих диагнозу инсульт;
- изменение в структуре головного мозга, подтвержденное результатам компьютерной томографии или МРТ (если проводились), согласующееся с клиническим диагнозом инсульт.

Следующие заболевания/ состояния не входят в указанное определение:

- транзиторная ишемическая атака (ТИА), преходящие нарушения мозгового кровообращения, длящиеся менее 24 часов;
- травматическое повреждение мозговой ткани или кровеносных сосудов;
- вторичное кровоизлияние в уже имеющееся поражение головного мозга;
- аномалия, наблюдаемая при сканировании головного мозга или других органов без четко связанных клинических симптомов и неврологических признаков;
- гибель тканей зрительного нерва или сетчатки.

**1.4.6.3. Ишемическая болезнь сердца** – острое или хроническое поражение миокарда, возникающее вследствие уменьшения или прекращения снабжения сердечной мышцы артериальной кровью, потребовавшее хирургического вмешательства (коронарная: атерэктомия, баллонная ангиопластика, введение стентов).

**1.4.6.4. Транзиторная ишемическая атака (ТИА)** - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов или зрительных расстройств, возникновение которых связано с неадекватным кровоснабжением мозга или глаза в результате тромбоза или эмболии, с обязательной госпитализацией сроком не менее 5 (пяти) дней (включительно).

**1.4.6.5. Дыхательная недостаточность (с помещением в ОРИТ)** - хроническое или острое заболевание легких, в результате которого наблюдается одышка в покое или при обычной нагрузке, подтвержденное одним из следующих результатов спирометрии: снижение парциального давления кислорода менее 60 мм рт. ст. по результатам анализа газов артериальной крови и/или снижением сатурации крови менее 90%, потребовавшее помещения Застрахованного в отделение реанимации и

интенсивной терапии. Дыхательная недостаточность 1 стадии не включается в указанное определение.

1.4.7. **ВРАЧ** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

1.4.8. **ДАТА ПЕРВИЧНОГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ** – дата установления врачом, имеющим необходимую квалификацию, диагноза заболевания Застрахованного лица, основанного на результатах проведенного гистологического или иммуногистохимического обследования (в отношении заболеваний рак и преинвазивный рак), физикального и лабораторно-инструментального обследования (в отношении других заболеваний).

1.4.9. **СТРАХОВАЯ СУММА** - денежная сумма, которая определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.4.10. **СТРАХОВОЙ ТАРИФ** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1.4.11. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

1.4.12. **СТРАХОВОЙ ВЗНОС** - часть страховой премии, если страховая премия уплачивается в рассрочку.

1.4.13. **СТРАХОВОЙ РИСК** - предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления, которого осуществляется страхование.

1.4.14. **СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.4.15. **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** - определенная в договоре страхования территория, при наступлении страхового случая в пределах которой у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

1.4.16. **СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА** - денежная сумма, установленная договором страхования, выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая в порядке, определенном Правилами и договором страхования.

1.4.17. **СРОК СТРАХОВАНИЯ** - период времени, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с Правилами и договором страхования.

1.4.18. **ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ** – предусмотренный договором страхования срок с начала срока страхования; наступление в течение периода ожидания события, предусмотренного п.3.1 Правил, не является страховым случаем.

1.4.19. **МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ** - организованные за счет Страховщика мероприятия, направленные на установление причин и обстоятельств заявленного события, произошедшего с Застрахованным лицом, проводимые с целью подтверждения того, является ли такое событие страховым случаем, - например, врачебный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследований. Медицинское обследование проводится в медицинских учреждениях, определенных Страховщиком и имеющих соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности. Конкретный перечень мероприятий определяется Страховщиком и проводится за счет Страховщика.

1.4.20. **МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА** – получение Страховщиком за свой счет консультации или независимого заключения специалиста и/или медицинского учреждения по результатам анализа и исследования медицинских документов и информации,

предоставленных Застрахованным/ Выгодоприобретателем, а также результатов медицинского обследования Застрахованного. Медицинская экспертиза проводится для установления причин и обстоятельств заявленного события с целью выяснения, является ли заявленное событие страховым случаем.

1.4.21. **МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ (медицинская помощь)** – мероприятия или комплекс мероприятий, предусмотренный договором страхования, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, а также их организацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической и др.

1.4.22. **МЕДИЦИНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ** - устная или письменная медицинская консультация, носящая рекомендательный характер (без постановки диагноза), по вопросам здоровья Застрахованного дистанционно в режиме реального времени (онлайн). Медицинские консультации оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами, а также по телефону. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские консультации в рамках настоящих Правил, их профессиональном образовании, квалификации и пр., размещены на сайте сервисной организации: [www.onlinedoctor.ru](http://www.onlinedoctor.ru).

1.4.23. **СЕРВИСНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ** – юридическое лицо, осуществляющее консультирование и/или организацию медицинской и/или иной помощи Застрахованным лицам по поручению Страховщика на территории РФ или за рубежом с целью выполнения обязательств Страховщика по договору страхования. Сервисной организацией по договору страхования выступает *Общество с ограниченной ответственностью «Мобильные медицинские технологии»*, ОГРН 1137746756883 (контактная информация и информация, подлежащая раскрытию в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, размещена на официальном сайте сервисной организации [www.onlinedoctor.ru](http://www.onlinedoctor.ru)).

1.4.24. **ПРОФИЛЬНЫЙ ВРАЧ** – врач конкретного профиля первой или второй квалификационной категории, а также без квалификационной категории, осуществляющий прием через сайт сервисной организации по записи.

1.4.25. **ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА** – комплекс упражнений, направленных на поддержание здоровья Застрахованного, предоставленный сервисной организацией в режиме онлайн-тренировок.

## 2. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя.

2.2. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни (страхование от несчастных случаев и болезней), а также с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

## 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны Страховщиком страховыми случаями:

3.1.1. первичное диагностирование смертельно опасного заболевания (в соответствии с определением в п.1.4.5 Правил) в течение срока страхования по договору страхования (за исключением случаев, предусмотренных в п.3.3 Правил) и по истечении

периода ожидания 90 (девяносто) дней с даты начала срока страхования (далее – **«первичное диагностирование смертельно опасного заболевания»**). Дата первичного диагностирования смертельно опасного заболевания определяется в соответствии с п. 1.4.8. Правил;

3.1.2. первичное диагностирование серьезного заболевания (в соответствии с определением в п.1.4.6 Правил) в течение срока страхования по договору страхования (за исключением случаев, предусмотренных в п.3.3 Правил) и по истечении периода ожидания 90 (девяносто) дней с даты начала срока страхования (далее – **«первичное диагностирование серьезного заболевания»**). Дата первичного диагностирования серьезного заболевания определяется в соответствии с п. 1.4.8. Правил;

3.1.3. обращение Застрахованного в сервисную организацию, предусмотренную договором страхования, за организацией медицинской услуги (медицинской помощи) (далее- **программа сервисных медицинских услуг**). Программа сервисных медицинских услуг включает в себя следующий объем медицинских услуг:

3.1.3.1. неограниченное число медицинских консультаций Застрахованного с дежурным врачом-терапевтом;

3.1.3.2. 1 (один) лабораторно-исследовательский комплекс по направлению дежурного врача-терапевта из числа перечисленных в Приложении 1 к Правилам;

3.1.3.3. 7 (семь) медицинских консультаций профильного врача по предварительной записи;

3.1.3.4. 1 (один) комплекс лечебно-оздоровительной программы;

3.1.3.5. 2 (две) медицинских консультации с врачом клиники профильной специальности по поставленному диагнозу смертельно опасного заболевания, в соответствии с определением п.1.4.5 Правил, либо серьезного заболевания, в соответствии с определением п.1.4.6 Правил (далее – «второе мнение»);

3.1.3.6. медицинское сопровождение Застрахованного в случае диагностирования смертельно опасного заболевания, в соответствии с определением п.1.4.5 Правил, либо серьезного заболевания, в соответствии с определением п.1.4.6. Правил, (далее – «навигация»), включающее информационные консультации, связанные с подбором медицинской организации, консультации о необходимом перечне документов для госпитализации и способах их получения, а также запись на приёмы и госпитализации, включая напоминания о необходимых перечнях документов.

3.2. События, предусмотренные в п.3.1 Правил, могут быть признаны страховыми случаями при условии, что они подтверждены документами в соответствии с положениями, предусмотренными разделом 7 Правил.

3.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, события, указанные в п.3.1 Правил не являются страховыми случаями, если они произошли:

3.3.1. в результате воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или в результате использования ядерной энергии;

3.3.2. вследствие ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также заболеваний, связанных со СПИДом;

3.3.3. при пребывании Застрахованного в местах лишения свободы, а также в местах предварительного заключения.

3.4. Территорией страхования по Правилам является весь мир, если иное не предусмотрено договором страхования.

3.5. Страхование по договору, заключенному на основании Правил, действует 24 часа в сутки, если иное не предусмотрено договором страхования.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)**

4.1. **Страховая сумма** устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования (страховом полисе). Страховая сумма

устанавливается отдельно по каждому страховому риску, предусмотренному договором страхования.

4.2. Страховая премия оплачивается в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования.

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет рассчитанные им и представленные в орган страхового надзора страховые тарифы, рассчитанные с учетом степени страхового риска, пола, возраста Застрахованного, срока страхования, периодичности уплаты страховых взносов, установленных при расчете страхового тарифа.

4.4. Страховая премия уплачивается Страхователем в рублях РФ единовременно разовым платежом за весь срок страхования; наличными денежными средствами, безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом, согласованным в договоре страхования, по реквизитам Страховщика, указанным в договоре страхования.

4.5. Датой платежа в счет оплаты страховой премии, произведенного Страхователем, является:

4.5.1. при наличных расчётах – дата уплаты в полном объеме денежных средств Страховщику. При этом, при оплате наличными через платежных агентов в соответствии с действующим законодательством о деятельности по приему платежей физических лиц, осуществляемой платежными агентами, датой оплаты страховой премии является дата выдачи плательщику кассового чека платежным агентом в соответствии с нормативными требованиями;

4.5.2. при безналичных расчетах – если оплата осуществляется через платежного агента Страховщика, дата списания со счета Страхователя страховой премии в полном размере; если оплата осуществляется иным безналичным способом, дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в договоре страхования.

## **5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

5.1. 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), а также другую информацию, требуемую при заключении договора страхования и документами, определенными п.5.3 Правил.

5.2. Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе, например, возраст Застрахованного лица, состояние его здоровья, его профессия, заболевания, хобби и т.п.

5.3. Страховщик при заключении договора страхования вправе:

5.3.1. дополнительно к сведениям, указанным в договоре страхования, запросить следующие сведения и документы в отношении Застрахованного и Страхователя для оценки страхового риска:

- копию паспорта либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- документы, подтверждающие право пребывания на территории РФ, виза, разрешение на временное проживание на территории РФ, миграционная карта, разрешение на работу, вид на жительство, свидетельство (уведомление) о постановке данного иностранного гражданина на учет в налоговом органе либо иные предусмотренные федеральным законом или международным договором Российской Федерации документы, подтверждающие право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации.

5.4. Договор страхования не заключается в отношении следующих лиц:

- с установленным действующим или ранее установленным диагнозом онкологического заболевания, преинвазивного рака,
- проходящих обследование на предмет онкологического заболевания, преинвазивного рака (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);
- с установленным диагнозом или проходящих обследование на предмет следующих заболеваний: диабет, стенокардия, гипертоническая болезнь, коронарные заболевания сердца, инфаркт миокарда, сердечная аритмия, требующая лечения, сердечные шумы, ревматическая лихорадка, сердечная недостаточность, а также прочие заболевания сердца и операции на сердце, инсульт, микроинсульт, кровоизлияния в мозг, афазия, любые формы эпилепсии или паралича, хроническая почечная или печеночная недостаточность, лейкоз или миелолейкоз, апластическая анемия, гемоглобинопатия, аутоиммунное заболевание;
- с действующим направлением на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим или сердечно-сосудистым заболеванием;
- наблюдающихся или ранее наблюдавшихся в онкологическом диспансере;
- больных СПИДом или инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицированный);
- с диагностированным психическим (нервным) заболеванием и/или расстройством;
- занятых в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- находящихся под следствием или осужденных к лишению свободы;
- застрахованных по договорам страхования, содержащих программу страхования (страховые риски) на случай смертельно опасных заболеваний, если данная программа страхования (страховые риски) заключены на нестандартных условиях (с увеличением страхового тарифа, снижением страховой суммы или увеличением страховой премии, или с включением в договор страхования дополнительных исключений или оговорок) или имеющих на законном основании отказ в заключении договоров личного страхования;
- с действующим договором страхования в отношении себя со Страховщиком по продукту «ЗАБОТА».

В случае заключения договора в отношении лиц, указанных в п.5.4. Правил, такой договор является досрочно прекратившим свое действие по соглашению сторон с даты его заключения, а страхование, обусловленное договором, не действует и обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты по событиям, предусмотренным п.3.1 Правил, не возникает; уплаченные денежные средства возвращаются плательщику в полном объеме в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней с даты поступления Страховщику письменного заявления на возврат денежных средств на основании его письменного заявления.

5.5. В отношении лиц, указанных в п. 5.4 Правил, Страховщик имеет право заключить договор страхования на особых условиях, согласованных со Страхователем.

5.6. Если после заключения договора страхования 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, предоставил фиктивные документы либо скрыл или не предоставил достоверную информацию, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса РФ.

Договор страхования заключается в письменной форме или в электронной форме в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя путем составления одного документа - договора страхования (страхового полиса), подписанного Страховщиком и Страхователем. Вручение договора страхования (страхового полиса)

может быть осуществлено путем направления договора страхования (страхового полиса) и прилагаемых к нему документов Страхователю через «Личный кабинет», находящийся в информационно-коммуникационной сети Интернет по адресу: [my.ppfinsurance.ru](http://my.ppfinsurance.ru) или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/>, либо с использованием мобильных приложений страхового агента или страхового брокера, осуществляющих автоматизированное создание и отправку информации в информационную систему Страховщика.

5.7. При подписании договоров страхования (страховых полисов) Страховщик вправе использовать электронную подпись (с соблюдением требований Федерального закона РФ от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи»), а также факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать договоры страхования (страховые полисы) и приложения к ним.

5.8. Факсимильное воспроизведение печати Страховщика и подписей уполномоченных лиц Страховщика в договорах страхования (страховых полисах) и приложениях к ним, а также в сопровождающей их документации (письмах, актах, заявлениях и пр.), признается аналогом печати Страховщика и собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика

5.9. Договор страхования (страховой полис) со стороны Страхователя может быть подписан собственноручной подписью или простой электронной подписью (в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи»).

5.10. **Срок страхования** равен сроку действия договора страхования.

5.11. **Срок действия договора страхования** равен 1 (одному) году, начиная с 00ч.00мин. даты, следующей за датой оплаты всей суммы страховой премии, указанной в договоре страхования, Страховщику или уполномоченному представителю Страховщика.

5.12. При непоступлении Страховщику страховой премии в установленный договором страхования срок договор страхования считается несостоявшимся и выплаты по нему не производятся. В случае уплаты страховой премии не в полном размере и/или по истечении установленного для оплаты срока полученная Страховщиком сумма возвращается Страхователю, при этом Страховщик вправе удержать сумму в размере убытков, понесенных при заключении несостоявшегося договора страхования (расходы на комиссию банку по перечислению возвращаемой суммы страховой премии и т.п.).

5.13. Действие договора страхования прекращается:

5.13.1. по истечении срока действия договора;

5.13.2. при выполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

5.13.3. по требованию (инициативе) Страховщика – в случае, предусмотренном п. 6.3.2 Правил.

5.13.4. по инициативе Страхователя:

5.13.4.1. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии путем отправки письменного заявления об отказе от страхования в адрес Страховщика и потребовать возврата уплаченной страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты его заключения. Уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя. Возврат премии производится наличными деньгами (почтовым переводом) или в безналичном порядке (в соответствии с реквизитами, указанными Страхователем в заявлении об отказе от договора) по выбору Страхователя.

5.13.4.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время после истечения срока, предусмотренного п.5.13.4.1 Правил, предупредив Страховщика о

намерении досрочного прекращения договора не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если стороны не согласовали иной срок.

Договор считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 (тридцатого) дня с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения договора страхования не указана либо указанная Страхователем дата прекращения договора страхования является более ранней, чем 30 (тридцать) дней с даты получения заявления Страховщиком.

5.13.5. по соглашению сторон:

о намерении досрочно прекратить действие договора страхования с уведомлением друг друга письменно не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения;

5.13.6. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным п. 3.3 Правил;

5.13.7. смерти Страхователя (физического лица), если иное лицо не примет на себя обязанности Страхователя по договору страхования, указанные в п.6.2 Правил.

5.14. При досрочном прекращении действия договора уплаченные взносы возврату не подлежат, за исключением следующих случаев:

5.14.1. при отказе Страхователя от договора страхования в соответствии с п.5.13.4.1. Правил;

5.14.2. если расторжение договора произошло по требованию Страхователя в связи с нарушением Страховщиком условий договора страхования. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной им страховой премии пропорционально неистекшему периоду страхования.

5.15. Все уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением договорных правоотношений направляются по адресам, указанным сторонами, способом, позволяющим подтвердить факт отправки, и/или путем размещения информации в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: [my.ppfinsurance.ru](http://my.ppfinsurance.ru) или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/>. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику через «Личный кабинет», находящийся в сети Интернет по адресу: [my.ppfinsurance.ru](http://my.ppfinsurance.ru) или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/>, и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если какая-либо из сторон не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

5.16. Все данные о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

## **6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

**6.1. Страхователь имеет право:**

6.1.1. ознакомиться с Правилами страхования и получить их на руки,

6.1.2. получить разъяснения по заключённому договору страхования;

6.1.3. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

6.1.4. отказаться от договора страхования в порядке, предусмотренном Правилами.

## **6.2. Страхователь обязан:**

6.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

6.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику все необходимые данные, необходимые для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

6.2.3. в течение 30 (тридцати) дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, указанного в п.3.1 Правил, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов (обязанность Страхователя сообщить о факте наступления определенного события с Застрахованным лицом может быть исполнена Выгодоприобретателем);

6.2.4. возратить полученную страховую выплату в течение предусмотренного действующим законодательством РФ срока исковой давности, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по Правилам полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты. Такая же обязанность лежит на Выгодоприобретателе;

6.2.5. сообщать в письменном виде Страховщику:

- об изменении своего адреса регистрации,
- об изменении паспортных данных (реквизитов) Страхователя.

6.2.6. назвать своего представителя, проживающего в Российской Федерации, если Страхователь (Застрахованный) более трех месяцев находится за пределами Российской Федерации. Представитель должен быть наделен правом принимать сообщения Страховщика;

6.2.7. По требованию Страховщика в установленный срок представлять необходимую информацию и документы.

6.2.8. При наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, обязан:

6.2.8.1. незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда;

6.2.8.2. при появлении возможности сообщить любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о случившемся Страховщику или его представителю;

6.2.9. при наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, обязан пройти по направлению и за счет Страховщика медицинское обследование, если такое обследование назначалось Страховщиком.

## **6.3. Страховщик имеет право:**

6.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованными, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

6.3.2. если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и страхового риска, а также предоставил фиктивные документы либо скрыл или не предоставил достоверную информацию, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса РФ;

6.3.3. для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также требовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину страхового случая, а также организовывать проведение независимых экспертиз, в т.ч. медицинских экспертиз;

6.3.4. приостановить срок принятия решения о страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в связи с обстоятельствами, относящимися к событию, обладающему признаками страхового случая, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

6.3.5. приостановить срок принятия решения о страховой выплате до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем;

6.3.6. приостановить принятие решения о страховой выплате до получения результатов медицинского обследования и / или медицинской экспертизы Застрахованного, если таковые назначались Страховщиком;

6.3.7. приостановить принятие решения о страховой выплате до получения документов на выплату, оформленных в полном соответствии с требованиями п.7.3.9-7.3.10. Правил;

6.3.8. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Правилами, договором страхования, действующим законодательством РФ;

6.3.9. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и договора страхования.

#### **6.4. Страховщик обязан:**

6.4.1. По требованиям Страхователей, Застрахованных, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и договоре страхования;

6.4.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением договора страхования;

6.4.3. при наступлении с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, после получения всех необходимых документов принять решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате и произвести страховую выплату при признании заявленного события страховым случаем в сроки, предусмотренные в п.7.3.12. Правил страхования;

6.4.4. письменно уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о приостановлении принятия решения о страховой выплате с указанием срока.

## **7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

7.1. При наступлении с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель должны известить Страховщика в течение 30 (Тридцати) суток, начиная со дня, когда стало известно о наступлении страхового случая, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

7.2. В случае если Страхователь не известил Страховщика в 30-дневный срок при отсутствии объективных причин, препятствующих этому, Страховщик вправе отказать в выплате по данному событию в соответствии с п. 2 ст. 961 Гражданского кодекса РФ.

7.3. Размер страховой выплаты по страховым рискам, указанным в пп.3.1.1. и 3.1.2 Правил, устанавливается исходя из установленной в договоре страхования страховой суммы по соответствующему страховому риску.

7.3.1. При наступлении с Застрахованным страхового случая по рискам, указанным в п. 3.1.1 и п.3.1.2 Правил, страховая выплата осуществляется в виде единовременной

страховой выплаты в размере 100% страховой суммы, установленной в договоре страхования по соответствующему страховому риску.

7.3.2. При одновременном диагностировании заболевания в соответствии с определением п. 1.4.5.3. (Инсульт) и п.1.4.6.2. (ОНМК) выплата осуществляется только в связи с одним страховым событием, предусматривающим наибольший размер страховой выплаты.

7.3.3. Если Выгодоприобретатель умер, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего Выгодоприобретателя.

7.3.4. Страховая выплата может быть произведена уполномоченному представителю Застрахованного (Выгодоприобретателя) на основании оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке документов.

7.3.5. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель, наследник Выгодоприобретателя) должен направить Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме и предоставить документы, оговоренные в п. 7.3.6 Правил.

7.3.6. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- копия договора страхования (страхового полиса);
- заявление на выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты (почтовый перевод или на банковский счет – с указанием полных банковских реквизитов для перечисления);
- копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного, получателя страховой выплаты;
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ или СЗ (кардиолога, невролога, онколога, кардиохирурга и др.); в отношении онкологического заболевания (рака), преинвазивного рака (рака in situ) - также результаты гистологического или иммуногистохимического исследования. Если гистологическое (иммуногистохимическое) исследование невозможно по медицинским причинам, диагноз онкологического заболевания должен быть подтвержден врачом-онкологом с разъяснением причин невозможности проведения гистологического или иммуногистохимического исследования и должен быть подтвержден КТ или МРТ исследованием;
- в отношении инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца: выписной эпикриз/выписка из медицинской карты стационарного больного, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, проведенного обследования (включая ЭКГ, результаты лабораторных исследований кардиоспецифических ферментов крови, Эхо-КГ и др.), лечения;
- в отношении инсульта, ОНМК, транзиторной ишемической атаки: выписной эпикриз/выписка из медицинской карты стационарного больного, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, неврологического статуса при поступлении в стационар и выписке из стационара, проведенного обследования (включая методы нейровизуализации (КТ, МРТ), лабораторные методы обследования и др.) и лечения, выписка из амбулаторной карты после 6 (шести) недель от даты инсульта с описанием неврологического статуса;
- в отношении аортокоронарного шунтирования: выписной эпикриз из медицинского учреждения, проводившего аортокоронарное шунтирование, и результаты коронарной ангиографии;

– в отношении трансплантации жизненно важных органов: медицинское заключение о необходимости проведения операции по трансплантации органов и документально подтвержденное описание хода операции;

- копия свидетельства ИНН Застрахованного, Выгодоприобретателя, наследника Выгодоприобретателя;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенная копия).

7.3.7. дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

- выписка из амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, копия амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, где наблюдался Застрахованный, с указанием даты прикрепления к данному лечебному учреждению, диагнозами и датами обращений в лечебно-профилактическое учреждение; выписка из медицинской карты стационарного больного, с указанием даты поступления в стационар и установленных диагнозов; копия медицинской карты стационарного больного.

7.3.8. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для принятия решения по наступившему с Застрахованным событию и для определения размера страховой выплаты.

7.3.9. В случае если представленные документы не дают возможности принять решение по заявленному событию, Страховщик имеет право назначать проведение дополнительного медицинского обследования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении и/или медицинской экспертизы.

Согласование места и времени проведения медицинского обследования Застрахованного может по выбору Страховщика осуществляться путем направления в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату, или Застрахованного заказного письма с уведомлением о вручении с указанием места и времени проведения обследования, или иным способом, позволяющим подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения обследования Застрахованного.

Если Застрахованное лицо не прошло медицинское обследование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату медицинского обследования при его обращении к Страховщику.

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом Заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с Заявлением на страховую выплату, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем).

7.3.10. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод на русский язык. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе приостановить срок принятия решения о страховой выплате до предоставления документов надлежащего качества, письменно уведомив об этом лицо, обратившееся к нему за страховой выплатой.

7.3.11. Медицинские документы (справки, выписки, заключения) оформляются в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений утвержденного Приказом Минздравсоцразвития, с проставлением штампа медицинской организации или на бланке медицинской организации (при наличии), подписываются врачом (фельдшером, акушеркой), заверяются личной печатью врача и печатью медицинской организации, в оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию,

указанному в уставе медицинской организации. Копии медицинских документов должны быть заверены нотариально или медицинским учреждением, выдавшим их.

7.3.12. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен направить Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме и предоставить документы, оговоренные в п. 7.3.5 Правил.

7.3.13. В течение 7 (Семи) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, указанных в п. 7.3.6 Правил, в том числе результатов медицинского обследования и медицинской экспертизы, если такие назначались Страховщиком в соответствии с п. 7.3.8 Правил, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем, осуществляет страховую выплату;
- принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно уведомляет лицо, обратившееся за страховой выплатой.

Указанный в п. 7.3.12 Правил срок не начинается течь до получения Страховщиком последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

7.3.14. Страховая выплата производится перечислением на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом согласно действующему законодательству Российской Федерации. Обязательства Страховщика считаются исполненными в день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик приостанавливает срок осуществления страховой выплаты до предоставления ему недостающих сведений, о чем уведомляет лицо, обратившееся за страховой выплатой.

7.4. Размер страховой выплаты по риску, указанному в п.3.1.3 Правил, определяется стоимостью услуг, оказываемых Застрахованному сервисной организацией из числа предусмотренных договором страхования. Оказание услуг по п.3.1.3 Правил осуществляется посредством видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами, после запроса через сайт сервисной организации ([www.onlinedoctor.ru](http://www.onlinedoctor.ru)) или звонка по телефону (+7 800 333-28-00). Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги в соответствии с п.3.1.3 Правил, их профессиональном образовании, квалификации и пр., размещены на указанном в п.1.4.22 Правил официальном сайте сервисной организации.

7.4.1. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам в рамках профессиональной компетенции врача, за исключением:

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
- вопросов, для решения которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) - при ее отсутствии.

7.4.2. Застрахованный до оказания консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых документов с использованием «Личного кабинета» Застрахованного на сайте сервисной организации.

При оказании консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

7.4.3. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на сайте сервисной организации, получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием «Личного кабинета» на сайте сервисной организации, Застрахованный должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик:

7.4.3.1. При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера с разрешением не ниже 1024x720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- подключенный к компьютеру микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

7.4.3.2. При использовании мобильного телефона:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

7.4.4. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховщик и сервисная организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным предусмотренной договором услуги, возникшую из-за несоответствия оборудования Застрахованного указанным в п.7.4.3 Правил требованиям.

7.4.5. Услуги, предусмотренные договором страхования, не предоставляются лицам, находящимся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

## **8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

8.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска спор по договору страхования подлежит обязательному рассмотрению в досудебном порядке путем направления письменной претензии Страховщику, а также в соответствии с п. 8.4. Правил.

8.3. Претензия Страховщику должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом и содержать требования заявителя, контактные данные (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя, а также перечень документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Если размер требований не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей, Страхователь (Выгодоприобретатель) после получения ответа Страховщика на претензию, либо в случае неполучения ответа Страховщика в установленные действующим законодательством сроки, вправе направить обращение финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 04 июня 2018г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

8.5. В судебном порядке споры разрешаются:

8.5.1. с участием юридических лиц - в Арбитражном суде г. Москвы;

8.5.2. с участием физических лиц - в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.6. В случае, если размер требований не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей Страхователь/Выгодоприобретатель вправе направить обращение финансовому

уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 04 июня 2018г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

8.7. При разрешении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам.

8.8. Право на предъявление требования к Страховщику о страховой выплате, а также на предъявление любых других требований, вытекающих из договора страхования, прекращается с истечением установленного законодательством срока исковой давности.

#### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

##### к Правилам добровольного комбинированного страхования по продукту «ЗАБОТА»

<b>Лабораторно-исследовательский комплекс (пакет)</b>	<b>Перечень лабораторных исследований</b>
Базовый	Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой; скорость оседания эритроцитов; Общий анализ мочи; вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), качественное суммарное определение антигена и антител; HBs-Ag; anti-HCV; анализ кала на скрытую кровь; глюкоза; общий холестерин
Диетологический	Гликированный гемоглобин; общий холестерин; ЛПНП; Ферритин; АЛТ; АСТ; Липаза; Креатинин; Общий белок; Альфа-амилаза (панкреатическая); общий билирубин; Т4 свободный
Постковид	Аланинаминотрансфераза (АЛТ); Аспаратаминотрансфераза (АСТ); Билирубин общий; Билирубин прямой; КФК, КФКМВ; Альбумин; СРБ (С-реактивный белок); Липидный спектр; Белок общий в сыворотке; Креатинин в сыворотке (с определением СКФ); Железо в сыворотке; ферритин; Глюкоза (фторид); Д-димер; ЛДГ, ЛДГ1; Клинический анализ крови (с лейкоцитарной формулой); Общий анализ мочи с микроскопией осадка; Скорость оседания эритроцитов (СОЭ); коагулограмма; ионы: К, Na; ТТГ; Т4 свободный
Антистресс	Тиреотропный гормон (ТТГ); Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ); Лютеинизирующий гормон (ЛГ); Тестостерон; Пролактин; Эстрадиол; Глюкоза (фторид); Белок общий в сыворотке; Аланинаминотрансфераза (АЛТ); Аспаратаминотрансфераза (АСТ); Креатинин в сыворотке (с определением СКФ)