

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального директора
АО «Группа Ренессанс Страхование»

от 12 сентября 2018 г. № 001
(Приложение № 51.1 к Приказу)

Правила

добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний

Оглавление

1. Общие положения. Субъекты страхования	3
2. Объект страхования	9
3. Страховой риск	9
4. Страховой случай	9
5. Объем страхового покрытия	11
6. Исключения из страхового покрытия.....	14
7. Заключение, действие и прекращение Договора страхования.....	16
8. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия.....	21
9. Франшиза.....	22
10. Права и обязанности сторон	23
11. Действия сторон при первичном диагностировании у Застрахованного лица критического заболевания	25
12. Объем и порядок осуществления страховой выплаты.....	26
13. Порядок решения споров.....	27

Приложения:

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

Приложение № 2 – Заявление на заключение договора добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний.

Приложение № 3 – Заявление на заключение договора добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний.

Приложение № 4 – Анкета застрахованного лица.

Приложение № 5 – Полис добровольного медицинского страхования впервые диагностированных критических заболеваний (страхователь – юридическое лицо).

Приложение № 6 – Полис добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний (страхователь – физическое лицо).

Приложение № 7 – Договор коллективного добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие «Правила добровольного медицинского страхования на случай впервые диагностированных критических заболеваний» (далее - «Правила») составлены в соответствии с законодательством Российской Федерации и определяют порядок и условия заключения, исполнения и прекращения договоров добровольного медицинского страхования, заключенных на случай необходимости получения Застрахованным лицом, у которого было в течение срока страхования впервые диагностировано критическое заболевание, медицинской и иной помощи, в том числе за пределами страны гражданства и (или) места постоянного проживания далее – «Договор страхования»).

1.2. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами или Договором страхования и не может быть определено, исходя из законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.3. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

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

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

Застрахованное лицо - названное в Договоре страхования физическое лицо, являющееся гражданином Российской Федерации, либо, иностранный гражданин, законно находящийся на территории Российской Федерации в порядке постоянного проживания (пребывания), официально зарегистрированный в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования (далее «Застрахованное лицо», «Застрахованный»). Лицо, являющееся на момент заключения Договора страхования ВИЧ-инфицированным, страдающее СПИДом, имеющее инвалидность I или II группы, страдающее особо опасными инфекционными болезнями (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения); имеющее следующие заболевания: наркологические заболевания; алкоголизм; психические заболевания; туберкулез; хронические гепатиты: В, С, Е, F, G; острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения; рак (любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, болезнь Ходжкина, спленомегалия) или злокачественная опухоль; рак *in situ* (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но, не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты; любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутримозговых структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга; лейкемия (лейкоз) либо другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью свыше 1 месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов

и т.д.); сердечно – сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, перенесенное аорто – коронарное шунтирование, загрудинные боли при повышенной физической активности, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т.ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце или ревматизм); инсульт (мозговое кровоизлияние, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы); любая форма диабета; ожирение 3 - 4 степени; перенесенные операции по трансплантации следующих жизненно важных органов: сердце, сердечно-легочный комплекс, легкое, печень, костный мозг, находящееся на учете в онкологическом или кардиологическом диспансере на страхование не принимается, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

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

Донор – физическое лицо, добровольно прошедшее медицинское обследование, добровольно и безвозмездно сдающее клетки своего костного мозга или органы (их компоненты) в целях оказания Застрахованному лицу медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации и (или) международными договорами (далее – «Донор»). Сопровождающее лицо также может являться Донором Застрахованного лица;

Сервисная компания – специализированная организация (компания), указанная в Договоре страхования (страховом полисе), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских и иных услуг Застрахованным лицам Страховщика, предусмотренных настоящими Правилами (далее – «Сервисная компания»). Оплата оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, производится Страховщиком только при условии оказания этих услуг в течение срока страхования и по предварительному согласованию Застрахованным лицом со Страховщиком и (или) Сервисной компанией.

Сертификат (предварительное медицинское свидетельство) – документ, выданный Сервисной компанией Застрахованному лицу на основании подтвержденного альтернативным медицинским заключением впервые диагностированного критического заболевания, содержащий сведения о запланированном лечении, его объеме, медицинском учреждении, в котором запланировано лечение Застрахованного лица, иных услугах, которые будут оказаны Застрахованному лицу, предварительно согласованные с ним, либо, с его представителем. Услуги, указанные в сертификате, организуемые Сервисной компанией в пользу Застрахованного лица, подлежат оплате Страховщиком в полном объеме, если они организованы и (или) оказаны в течение срока страхования, оплаченной по Договору страхования. Услуги, указанные в сертификате и оказанные Застрахованному лицу вне срока страхования, Страховщиком не покрываются и оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно.

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

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

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

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

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

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

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

Программа страхования – гарантированный Договором страхования перечень медицинских и иных услуг, медицинской помощи, организационно-технических мероприятий, исключений из них и порядка их предоставления, определяющих объем, страхового покрытия, предоставляемый Страховщиком при наступлении страхового случая (далее – «Программа страхования»).

Предшествующее состояние – любое заболевание, состояние (симптом), которое было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного лица в течение 10 лет до заключения Договора страхования, являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно – следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования.

Если заболевание, состояние (симптом), являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования, было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного лица более чем за 10 лет до заключения Договора страхования, и в течение 10 лет до даты заключения Договора страхования не проявлялось (не проявлялись симптомы или не требовалось лечение), такое заболевание (состояние, симптом) не является предшествующим состоянием, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Экспериментальное лечение: лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтический продукт, предназначенные для медицинского или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

Нетрадиционная медицина: системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним, в частности, относится акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатия, натуропатия и остеопатия.

Протез - устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию, не действующей или действующей с нарушениями части тела.

Территория страхования – территория, на которую распространяется действие страховой защиты, в соответствии с Правилами страхования и условиями Договора страхования

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

Срок действия Договора страхования – срок, на который заключается Договор страхования.

Срок страхования - период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования (страховой защиты). Срок страхования устанавливается Договором страхования и не включает в себя период ожидания. Действие страховой защиты (страхование) распространяется только на случаи, впервые диагностированных у Застрахованного лица в течение срока страхования критических заболеваний, повлекших необходимость предоставления предусмотренных Договором страхования услуг в течение срока страхования.

Период ожидания - период времени, с даты заключения Договора страхования и до момента начала срока страхования, в течение которого Страховщик не несет обязательств за события, произошедшие с Застрахованным лицом. При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании периода ожидания. Если Договором страхования предусмотрен период ожидания, то срок страхования (страховой защиты) начинается после окончания периода ожидания, при условии оплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в срок, установленный Договором страхования.

Продление Договора страхования – заключение Договора страхования на новый срок действия в отношении одного и того же Застрахованного лица на условиях, аналогичных предыдущему Договору страхования.

Непрерывное продление Договора страхования – предусматривает продление Договора страхования при условии отсутствия временного интервала между сроками действия договоров страхования. При этом Страховщик вправе не применять установленный для предыдущего Договора страхования период ожидания.

Прерывающееся продление Договора страхования – предусматривает продление Договора страхования при условии наличия временного интервала между периодами действия договоров страхования. При этом Страховщик вправе применять период ожидания в отношении заключаемого Договора страхования.

1.4. При заключении Договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Страховщика и Застрахованного лица. Страхователь и Страховщик вправе согласовать любые дополнения, исключения, уточнения к Договору страхования, не запрещенные законодательством Российской Федерации. Все изменения и дополнения к настоящим Правилам указываются в Договоре страхования. Договор страхования считается заключенным на условиях,

содержащихся в настоящих Правилах в том случае, если в Договоре страхования прямо указывается на их применение и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования. Вручение Страхователю настоящих Правил страхования при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

1.5. Страховщик заключает Договоры страхования в соответствии с Программой страхования, изложенной в Приложении к настоящим Правилам, согласно которой оплачивает организацию и финансирование медицинских и иных услуг, предусмотренных условиями Договора страхования.

1.6. Страхователь, заключая Договор страхования, а также Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования.

1.7. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь, а также Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком путем прямых контактов с помощью любых средств связи.

1.8. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, передачи (предоставления), в том числе трансграничной передачи (предоставления), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях в целях исполнения Договора страхования, в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков. Указанное в п.п. 1.6, 1.7 настоящих Правил согласие Страхователя (Застрахованного) действительно в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия Договора страхования, согласие может быть отозвано Страхователем (Застрахованным лицом) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

1.9. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским учреждениям, в которых Страхователь (Застрахованное лицо) получали/ получают/ будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну. Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

1.10. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.11. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать полисные условия страхования (выдержки/ выписки из Правил страхования), Программы страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования (страховые продукты), заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, - в той мере в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам (далее – «Полисные условия»). Такие Полисные условия страхования прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.12. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия, в том числе аббревиатуру, отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих

Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено законодательством Российской Федерации.

1.13. Отношения сторон, по Договору страхования, не урегулированные настоящими Правилами страхования или Договором страхования, регулируются законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, у которого было впервые диагностировано критическое заболевание, связанные с оплатой организации и оказания Застрахованному лицу альтернативного медицинского заключения, а также медицинской и иной помощи за пределами страны гражданства или Российской Федерации в порядке и в соответствии с условиями Договора страхования.

3. СТРАХОВОЙ РИСК

- 3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности происшествия, на случай наступления которого производится заключение Договора страхования.
- 3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым риском является критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока страхования и подтвержденное альтернативным медицинским заключением, проведенным в течение срока страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика по оплате медицинской и иной помощи, организованной и оказанной в течение срока страхования в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования:
 - 3.2.1. Получение Застрахованным лицом в течение срока страхования альтернативного медицинского заключения после первичного диагностирования у него критического заболевания;
 - 3.2.2. Лечение злокачественных опухолей без наличия отдаленных метастазов (вторичных очагов роста опухоли в отдаленных от первичной опухоли органах), в том числе лейкемии, саркомы, лимфомы (за исключением кожной лимфомы), характеризующихся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток и инвазией тканей, а также любое лечение предраковых образований или рака «in situ», ограниченного эпителием, в котором он образовался, не проникшего в строму или окружающие ткани, проведенное в течение срока страхования;
 - 3.2.3. Хирургическая операция на коронарных артериях (аорто - коронарное шунтирование):
 - 3.2.3.1. аорто – коронарное шунтирование посредством любой техники при необходимости шунтирования на одной и более коронарных артериях путем установки обходных трансплантатов, проведенная в течение срока страхования;
 - 3.2.4. Операция на сердце:
 - 3.2.4.1. замена и (или) восстановление одного и более клапанов, проведенная в течение срока страхования;
 - 3.2.5. Пересадка донорских тканей и органов:
 - 3.2.5.1. хирургическая пересадка почек, частей печени, доли легкого, части поджелудочной железы или костного мозга (аутологичного или аллогенного) от живого совместимого донора, проведенная в течение срока страхования.
 - 3.2.6. Нейрохирургическая операция:
 - 3.2.6.1. любая мозговая или внутричерепная нейрохирургическая операция, а также операция по лечению доброкачественных опухолей спинного мозга проведенная в течение срока страхования.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 4.1. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового возмещения.
- 4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока страхования и подтвержденное альтернативным медицинским заключением в течение срока страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика по оплате медицинской и иной помощи, организованной и оказанной в течение срока страхования в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования:
 - 4.2.1. Получение Застрахованным лицом в течение срока страхования альтернативного медицинского заключения после первичного диагностирования у него критического заболевания;
 - 4.2.2. Лечение злокачественных опухолей без наличия отдаленных метастазов (вторичных очагов роста опухоли в отдаленных от первичной опухоли органах), в том числе лейкемии, саркомы, лимфомы (за исключением кожной лимфомы), характеризующихся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток и инвазией тканей, а также любое лечение предраковых образований или рака «in situ», ограниченного эпителием, в котором он образовался, не проникшего в строму или окружающие ткани, проведенное в течение срока страхования;
- 4.2.3. Хирургическая операция на коронарных артериях (аорто - коронарное шунтирование):
 - 4.2.3.1. аорто – коронарное шунтирование посредством любой техники при необходимости шунтирования на одной и более коронарных артериях путем установки обходных трансплантатов, проведенная в течение срока страхования;
- 4.2.4. Операция на сердце:
 - 4.2.4.1. замена и (или) восстановление одного и более клапанов, проведенная в течение срока страхования;
- 4.2.5. Пересадка донорских тканей и органов:
 - 4.2.5.1. хирургическая пересадка почек, частей печени, доли легкого, части поджелудочной железы или костного мозга (аутологичного или аллогенного) от живого совместимого донора, проведенная в течение срока страхования.
- 4.2.6. Нейрохирургическая операция:
 - 4.2.6.1. любая мозговая или внутричерепная нейрохирургическая операция, а также операция по лечению доброкачественных опухолей спинного мозга проведенная в течение срока страхования.
- 4.3. Договор страхования может быть заключен на случай получения Застрахованным лицом медицинских услуг, перечисленных в пп. 4.2.2. – 4.2.6., включая оказание только одной медицинской услуги или совокупности этих услуг в любой комбинации.
- 4.4. Датой наступления страхового случая является дата впервые диагностированного у Застрахованного лица медицинским учреждением критического заболевания. По настоящим Правилам одномоментное диагностирование нескольких впервые выявленных критических заболеваний считается одним критическим заболеванием.
- 4.5. Страховая выплата осуществляется Страховщиком исключительно путем оплаты услуг медицинскому учреждению, где Застрахованному лицу было проведено лечение и (или) оказана медицинская и иная помощь, а также иным организациям, предоставившим Застрахованному лицу транспортные, сервисные и иные услуги, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами страхования и Программой страхования.

- 4.6. Стоимость лекарственных средств, приобретенных Застрахованным лицом самостоятельно из личных средств (в соответствии с п. 5.2.1.8. настоящих Правил) возмещается Застрахованному лицу путем выплаты денежных средств, израсходованных на покупку лекарств.
- 4.7. Не подлежат возмещению Страховщиком медицинские и иные расходы, связанные с впервые диагностированным критическим заболеванием Застрахованного лица, не в период оплаченного срока страхования.

5. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 5.1. Объемом страхового покрытия признается перечень видов медицинских и иных услуг, медицинской помощи, организационно-технических мероприятий, которые могут оказываться Страхователю (Застрахованному лицу) в течение срока действия страхования в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования, при наступлении страхового случая. Объем страхового покрытия Страховщика устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон. При этом объем медицинских и иных услуг, предоставляемых по Договору страхования, ограничивается перечнем предусмотренных в нем услуг, страховых сумм, франшиз и исключений и не может быть осуществлен Страховщиком вне срока страхования, в том числе, когда оказание этих услуг уже было начато в течение срока страхования и требует продолжения по медицинским показаниям после окончания срока страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 5.2. Страховщик в соответствии с условиями Договора страхования может включить в объем страхового покрытия расходы по оплате следующих видов медицинских и иных услуг:
 - 5.2.1. **Медицинские услуги**, включающие в себя:
 - 5.2.1.1. альтернативное медицинское заключение, проводимое в целях подтверждения правильности поставленного диагноза впервые диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания;
 - 5.2.1.2. предоставление Застрахованному (Сопровождающему) лицу информации о медицинских учреждениях надлежащего профиля, информационной поддержки;
 - 5.2.1.3. организацию плановой госпитализации Застрахованного лица в стационар медицинского учреждения, находящегося за пределами Российской Федерации (а также страны гражданства Застрахованного лица);
 - 5.2.1.4. стационарное лечение за пределами Российской Федерации (а также страны гражданства Застрахованного лица), включая врачебные манипуляции, обследования, операции, интенсивную терапию, лекарственные и перевязочные средства, прочие госпитальные расходы и оплату пребывания в лечебном учреждении, либо, в отеле категории три или четыре звезды в случае невозможности поступления в стационар при условии подтвержденной плановой госпитализации, либо, по желанию Застрахованного лица при отсутствии медицинских показаний по нахождению в стационаре медицинского учреждения;
 - 5.2.1.5. амбулаторную медицинскую помощь, в том числе врачебные манипуляции, лекарственные и перевязочные средства, за пределами Российской Федерации (а также страны гражданства Застрахованного лица);
 - 5.2.1.6. процедуру установления местонахождения возможного донора, по медицинским показаниям совместимого с Застрахованным лицом, организация мероприятий, необходимых для подготовки к операции (трансплантации) за пределами Российской Федерации (а также страны гражданства);
 - 5.2.1.7. патронаж - дежурство медицинского персонала у постели больного, назначенные процедуры и манипуляции - за пределами Российской Федерации (а также страны гражданства);

5.2.1.8. обеспечение Застрахованного лица назначенными зарубежным врачом, лечившим впервые диагностированное заболевание Застрахованного лица (далее – «зарубежный врач»), лекарственными средствами по итогам оказанных в соответствии с пп. 5.2.1.4., 5.2.1.5. услуг по месту оказания этих услуг или в течение 30 (тридцати) дней после окончания лечения, полученного в зарубежном медицинском учреждении на территории получения услуг до возвращения на территорию Российской Федерации и приобретенными за пределами Российской Федерации.

5.2.1.9. возмещение Застрахованному лицу стоимости лекарственных средств, приобретенных в Российской Федерации после прохождения лечения впервые диагностированного критического заболевания, одобренного Сервисной компанией, оплаченного в рамках Договора страхования при условии госпитализации Застрахованного лица на срок не менее 3 (трех) суток. При этом возмещению подлежит стоимость лекарственных средств, рецепт по которым выдан на дозировку, при которой длительность приема лекарственных средств не превышает 2 (двух) календарных месяцев.

5.2.1.10. возмещение Застрахованному лицу стоимости лекарственных средств, предписанных ему в целях продолжения лечения в соответствии с п.5.2.1.9. настоящих Правил осуществляется при совпадении следующих условий:

5.2.1.10.1. лекарственное средство было предписано зарубежным врачом, Застрахованного лица в качестве необходимого для продолжения лечения по согласованию с Сервисной компанией;

5.2.1.10.2. указанное лекарственное средство, являющееся рецептурным в соответствии с требованиями, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации, было выписано Застрахованному лицу по рецепту лечащим врачом, практикующим на территории Российской Федерации.

5.1.1. Транспортные услуги, включающие в себя:

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

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

5.2.2.3. транспортировку Застрахованного лица наземными или воздушными средствами санитарного транспорта в случаях, когда такая транспортировка назначена лечащим врачом и предварительно письменно одобрена Сервисной компанией;

5.2.2.4. посмертную репатриацию в случае смерти Застрахованного лица (Донора, скончавшегося в результате операции по изъятию у него органов, тканей (их компонентов) или костного мозга) во время его пребывания в стране оказания медицинской помощи, включающую в себя: вскрытие (если требуется), подготовка

тела для репатриации, гроб, требуемый для перевозки, перевозка останков в аэропорт/ на вокзал, с которым имеется прямое авиа-/железнодорожное сообщение, и который является наиболее близким к предполагаемому месту захоронения на территории страны гражданства или постоянного места жительства Застрахованного лица. (По согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица помертная репатриация может быть заменена кремацией и транспортировкой урны с прахом до ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания). Расходы по помертной репатриации покрываются в пределах оговоренной в Договоре страхования суммы. Страховщик не оплачивает расходы на погребение и ритуальные услуги. Репатриация тела (или урны с прахом) организуется только Сервисной компанией по согласованию со Страховщиком.

5.2.3. Сопровождение Застрахованного лица, включающее в себя:

5.2.3.1. оплату транспортных услуг, перечисленных в пп. 5.2.2.1 – 5.2.2.2 для лица, Сопровождающего Застрахованного в медицинское учреждение, (а также для Донора при необходимости);

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

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

5.2.4. Сервисные услуги, включающие в себя:

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

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

5.2.5. Иные услуги, предусмотренные Договором страхования.

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

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

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 6.1. Не включаются в страховое покрытие и не оплачиваются Страховщиком следующие медицинские и иные услуги, а также обращения Застрахованного лица, связанные со следующими обстоятельствами, если иное не предусмотрено Договором страхования:
- 6.1.1. услуги, не предусмотренные Договором страхования и Программой страхования, в том числе в медицинских учреждениях, не входящих в перечень, предоставленный Сервисной компанией;
 - 6.1.2. услуги, в том числе по ранее действовавшим Договорам страхования, оказание которых осуществляется за пределами срока страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования;
 - 6.1.3. услуги, относящиеся к экспериментальному лечению, а также диагностические, терапевтические и (или) хирургические процедуры, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения;
 - 6.1.4. любые расходы, возникшие в связи с применением нетрадиционной медицины, даже если это прописано врачом;
 - 6.1.5. лечение рака кожи, за исключением злокачественных меланом;
 - 6.1.6. услуги, самостоятельно оплаченные Застрахованным лицом (Сопровождающим), за исключением возмещения Застрахованному лицу стоимости лекарственных средств, предписанных ему зарубежным врачом в целях продолжения лечения, в том числе на территории Российской Федерации (в соответствии с п. 5.2.1.8. и п.5.2.1.9. настоящих Правил);
 - 6.1.7. услуги, лекарственные средства, не согласованные предварительно со Страховщиком и (или) Сервисной компанией;
 - 6.1.8. нарушение Застрахованным лицом (Сопровождающим) предписаний Страховщика, Сервисной компании;
 - 6.1.9. обращение Застрахованного лица за альтернативным медицинским заключением по причинам, не связанным с первично диагностированным у него критическим заболеванием (пп.3.2.2.-3.2.6 настоящих Правил);
 - 6.1.10. получение медицинских услуг, лекарственных средств, не назначенных лечащим врачом или выполняемых (приобретенных) по желанию Застрахованного лица;
 - 6.1.11. лекарственные средства, не прописанные по рецепту лечащим врачом на территории Российской Федерации, либо прописанные вне соответствия с рекомендациями зарубежного лечащего врача, а также, предоставляемые Застрахованному лицу государственной системой здравоохранения, либо, по договору страхования (страховому полису), иному, чем Договор страхования, заключенный в соответствии с настоящими Правилами;
 - 6.1.12. расходы на услуги медицинского персонала, связанные с применением (введением) лекарственных средств (капельницы, уколы и т.п.) на территории Российской Федерации;
 - 6.1.13. Любые расходы в связи с покупкой или арендой любого вида протезов или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца;
 - 6.1.14. Любые расходы в связи с покупкой или арендой инвалидных колясок, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования;

- 6.1.15. Оплата телефонных разговоров, оплата услуг переводчиков и других расходов в отношении предметов для личного пользования, не относящихся к медицинским услугам, оказываемых Застрахованному лицу в связи с впервые диагностированным критическим заболеванием;
 - 6.1.16. диагностика и лечение, осуществляемые родственниками Застрахованного лица;
 - 6.1.17. отказ консульского учреждения страны предполагаемой поездки в выдаче въездной визы Застрахованному, Сопровождающему лицу, Донору;
 - 6.1.18. действия государственных органов (в т.ч. таможенных органов, органов паспортно – визового контроля) Российской Федерации, либо, иностранных государств, препятствующих выезду Застрахованного лица, Сопровождающего лица, Донора за пределы государственной границы Российской Федерации, либо, иного государства;
 - 6.1.19. отказ Застрахованного лица (его представителя) от предложенного лечения, в результате повлекшее затягивание процесса выздоровления;
 - 6.1.20. отказ Застрахованного (Сопровождающего) лица от возвращения к постоянному месту жительства, когда оно разрешено по медицинским показаниям, в сроки и на условиях, определенных Страховщиком по согласованию с Сервисной компанией. В случае отказа от возвращения к постоянному месту жительства, разрешенного по медицинским показаниям, Страховщик полностью прекращает оплату услуг, оказываемых Застрахованному и Сопровождающему его лицу с момента такого отказа;
 - 6.1.21. проведение медицинского обследования Застрахованного лица, в результате которого у него было первично диагностировано критическое заболевание, в том числе обследования, необходимые для определения факторов донорской совместимости Застрахованного лица;
 - 6.1.22. получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
 - 6.1.23. умышленное причинение себе телесных повреждений или покушение на самоубийство;
 - 6.1.24. преднамеренные действия Страхователя, Застрахованного лица или лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;
 - 6.1.25. самолечение Застрахованного лица, в том числе обращение к средствам народной или нетрадиционной медицины, повлекшее ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса;
 - 6.1.26. нарушение Застрахованным лицом лечебного режима, предписаний лечащего врача;
 - 6.1.27. перемена пола;
 - 6.1.28. алкоголизм, токсикомания, наркомания;
 - 6.1.29. ВИЧ-инфекция, СПИД на любой его стадии;
 - 6.1.30. особо опасные инфекционные болезни (в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения);
 - 6.1.31. психические заболевания независимо от сроков выявления;
 - 6.1.32. туберкулез;
 - 6.1.33. хронические гепатиты: В, С, Е, F, G;
 - 6.1.34. острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения;
 - 6.1.35. упущенная выгода, моральный вред, состояния, связанные с профессиональными ошибками врачей;
 - 6.1.36. эпидемии, подтвержденные справками компетентных органов;
- 6.2. Не является страховым случаем по Договору страхования обращение Застрахованного лица по

причине критического заболевания, впервые диагностированного у него вне срока страхования.

- 6.3. Не является страховым случаем по Договору страхования обращение Застрахованного лица в связи с предшествовавшими состояниями, заболеваниями или их последствиями (в т.ч. связанными с последствиями несчастных случаев), имевшими место в течение 10 лет до начала срока страхования или после окончания срока страхования, обусловленного Договором страхования.
- 6.4. Не является страховым случаем по Договору страхования обращение Застрахованного лица по поводу тех случаев, которые в соответствии с условиями Программы страхования и Договора страхования не оплачиваются Страховщиком.
- 6.5. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы, когда страховой случай наступил вследствие:
 - 6.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 6.5.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - 6.5.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
 - 6.5.4. вследствие умысла страхователя, выгодоприобретателя или застрахованного лица;
 - 6.5.5. содействия (умышленного или по неосторожности) увеличению размера убытков, подлежащих возмещению Страховщиком в связи со страховым случаем, либо непринятие разумных мер к их уменьшению, непринятия Страхователем (Застрахованным) разумных и доступных мер к уменьшению возможных убытков. Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения в той мере, в которой такие действия Застрахованного лица привели к увеличению убытка.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ДЕЙСТВИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя на срок менее одного года (краткосрочный договор), один год (годовой договор) или на срок более одного года (долгосрочный договор). Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.
- 7.2. При заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю (Застрахованному лицу) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.
- 7.3. При заключении Договора Страхователь предоставляет Страховщику сведения и/или документы:
 - 7.3.1. Если Страхователь - физическое лицо:
 - фамилию;
 - имя;
 - отчество;
 - гражданство;
 - дата и место рождения;
 - адрес регистрации;
 - адрес места проживания;
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ,
 - ИНН (при наличии);

- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.
- Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:
 - А) Данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):
 - номер карты;
 - дата начала срока пребывания в РФ;
 - дата окончания срока пребывания в РФ.
 - Б) Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации)¹:
 - серия (если имеется) и номер документа;
 - дата начала срока действия права пребывания (проживания);
 - дата окончания срока действия права пребывания (проживания).
- Дополнительно для ИП:
 - основной государственный регистрационный номер,
 - место регистрации;
 - сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 7.3.1) - в случае если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является не сам Страхователь, а иное физическое лицо.

7.3.2. Если Страхователь - юридическое лицо:

- наименование организации, с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес
- номера телефона, факса, других средств связи;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в Единый государственный

¹ Документами, подтверждающими право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, являются:

- вид на жительство;
- разрешение на временное пребывание;
- виза;

– иной документ, подтверждающий в соответствии с законодательством РФ право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ.

реестр юридических лиц – для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента;
- Сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица.
- Банковский идентификационный код – для кредитных организаций - резидентов;
- Коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности.
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 7.3.1).

7.3.3. Если Страхователь - иностранная структура без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и(или) сокращенное) и(или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии).
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), Фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 7.3.1).

7.3.4. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
- сведения о представителе, в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 7.3.1);
- сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица;
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества.

Номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

- 7.4. Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) проведения дополнительных медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья с целью оценки страхового риска и определения вероятности наступления страхового случая. К таким документам, в частности, относятся: оригиналы документов (либо документы, официально заверенные медицинским учреждением), содержащие данные обследований, (результаты диагностических тестов, пробы биопсии и т.д.) с датой проведения, медицинские карты.
- 7.5. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, а также предоставление поддельных документов является основанием для требования Страховщика о признании Договора страхования недействительным и применения последствий его недействительности, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 7.6. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.
- 7.7. Договор страхования должен содержать список всех Застрахованных лиц. В соответствии с условиями Договора страхования, заключенного в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховщик может выдать Страхователю именные страховые полисы для каждого Застрахованного лица.
- 7.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и (или) в рассрочку.
- 7.9. Договор страхования вступает в силу со дня, следующего за датой уплаты страховой премии или первого страхового взноса, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 7.10. Договор страхования может быть заключен с условием деления на страховые периоды, или без таковых. В случае заключения Договора страхования с условием деления на страховые периоды, даты начала и окончания периодов указываются в Договоре страхования.
- 7.11. Договором страхования может быть предусмотрено условие периода ожидания - периода времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала срока страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, происходящие с Застрахованным лицом. При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании периода ожидания.
- 7.12. В случае если единовременная страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью в установленный Договором страхования срок, Договор страхования считается не вступившим в силу, Страховщик и Страхователь не несут по нему обязательств, если иное не предусмотрено Договором страхования. Поступившие денежные средства возвращаются Страхователю как ошибочно уплаченные, если Договором не предусмотрено иное. Возврат ошибочно денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 5 рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.
- 7.13. Договор страхования прекращается в случаях:
 - 7.13.1. Окончания срока действия Договора страхования;
 - 7.13.2. Исполнения Страховщиком обязательства по страховой выплате в размере страховой суммы, установленной в Договоре страхования;
 - 7.13.3. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации, за исключением случаев передачи страхового портфеля;
 - 7.13.4. Ликвидации Страхователя – юридического лица, или смерти Страхователя – физического лица, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- 7.13.5. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
- 7.13.6. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса;
- 7.13.7. В других случаях, установленных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или условиями Договора страхования.
- 7.14. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования срок или оплаты Страхователем очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие по истечении периода, оплаченного по Договору страхования предыдущим страховым взносом (страховыми взносами), без какого-либо письменного уведомления Страхователя, если иное не предусмотрено Договором страхования. При этом обязательства Страховщика считаются выполненными в полном объеме по окончании оплаченного периода действия Договора страхования.
- 7.15. Если Страхователь по окончании периода действия Договора страхования не перезаключил Договор страхования на новый период на условиях непрерывного продления, обязательства Страховщика считаются выполненными в полном объеме по окончании оплаченного периода действия Договора страхования.
- 7.16. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время. Расторжение Договора страхования по инициативе Страхователя осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя.
- 7.16.1. При отказе Страхователя от Договора страхования до начала срока страхования Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.
- 7.16.2. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования после начала срока страхования, но в течение 14 (четырнадцати) календарных дней включительно со дня заключения Договора Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая.
- 7.16.3. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования после начала срока страхования и по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора оплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 7.16.4. Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня расторжения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Если Договором страхования предусмотрен возврат премии или ее части при досрочном прекращении Договора страхования при условии отсутствия оплаченных и (или) заявленных страховых событий, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально периоду действия Договора страхования за неистекший период действия Договора страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел в размере 25% от оплаченной страховой премии за текущий год страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 7.17. В случае необходимости расторжения, в отношении Застрахованных лиц, Договора страхования, Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты указанной в дополнительном соглашении, закрепляющим исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено

Договором страхования. Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено страхователем другим лицом лишь с письменного согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

- 7.18. По соглашению сторон условия Договора страхования о размере страховой суммы, страховой премии (страхового взноса), порядке и сроках уплаты страховой премии (страховых взносов), период действия Договора страхования, а также иные условия Договора страхования могут быть изменены.
- 7.19. Все изменения условий Договора страхования оформляются путем подписания Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к Договору страхования. В случае внесения изменений в Договор страхования обязательства считаются измененными и вступают в силу со дня заключения соглашения сторон об изменении Договора страхования, если иное не вытекает из соответствующего соглашения. При утрате Договора страхования (страхового полиса) Страховщик на основании заявления Страхователя (Застрахованного лица) выдает дубликат документа, при этом утраченный экземпляр страхового полиса считается не имеющим юридической силы с момента подачи Страхователем соответствующего заявления. Рассмотрение претензий при предъявлении утраченного страхового полиса не производится.
- 7.20. При повторной утрате Полиса в течение периода действия Договора страхования Страховщик может предусмотреть в Договоре страхования штрафные санкции за повторную утрату полиса.
- 7.21. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и (или) реквизитов сторон стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с датой их поступления по прежнему адресу.
- 7.22. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме.
- 7.23. Уступка права требования страховой выплаты по Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил без письменного согласия Страховщика не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации или Договором страхования.

8. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

8.1. Страховая сумма (лимит ответственности Страховщика) - денежная сумма, определенная Договором страхования, в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату при наступлении страхового случая.

8.2. Страховая сумма определяется по соглашению сторон, исходя из объема медицинской и иной помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг), предусмотренных Договором страхования и Программой страхования. Страховая сумма на всех и (или) на каждое Застрахованное лицо по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон.

8.3. По соглашению со Страхователем Страховщик вправе устанавливать в Договоре страхования лимиты ответственности Страховщика – по видам медицинских и иных услуг, группам Застрахованных, лекарственных средств, и т.п.

8.4. Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и (или) отдельным видам медицинских и иных услуг, входящим в Программу страхования.

8.5. Страховщиком может быть установлен совокупный лимит ответственности по всем Договорам страхования и (или) отдельным видам медицинских и иных услуг суммарно по всем

периодам действия всех Договоров страхования заключенных в отношении одного Застрахованного лица по добровольному медицинскому страхованию на случай впервые диагностированных критических заболеваний.

8.6. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, либо, по курсу, установленному соглашением сторон. С целью осуществления контроля над валютным риском (финансовым риском в размере разницы курса валют) Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в Договоре страхования.

8.7. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с условиями Договора страхования. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения Договора страхования тарифами, исходя из условий Договора и оценки степени риска.

8.8. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска, в том числе от результата предыдущего страхования.

8.9. Страховые тарифы могут применяться с учетом возраста, состояния здоровья, профессии или рода занятий (деятельности) Застрахованного и иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая. Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному, либо едиными для всего коллектива, рассчитанные с учетом единых признаков характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом застрахованных лиц.

8.10. В случае если в период действия Договора страхования Страховщиком будут установлены обстоятельства, влекущие изменение страхового риска и дающие основание для пересмотра размера страховой премии за определенный период действия Договора страхования, Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении размера страховой премии по Договору страхования и определить условия и порядок возврата части уплаченной страховой премии.

8.11. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

8.12. Форма проведения расчетов определяется Договором страхования с учетом действующих ограничений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.13. Датой оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования признается дата поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет Страховщика.

9. ФРАНШИЗА

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

9.2. Договором страхования может быть установлена условная, безусловная, иная франшиза.

9.3. Безусловная франшиза предусматривает уменьшение размера выплаты по страховому случаю на размер установленной франшизы.

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

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь имеет право:

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

10.2. Страхователь обязан:

- 10.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;
- 10.2.2. получить от каждого принимаемого на страхование лица согласие на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.
- 10.2.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;
- 10.2.4. передать Застрахованному лицу копию Договора страхования (полиса), ознакомить Застрахованное лицо с текстом Правил страхования, а также разъяснить Застрахованному лицу условия Договора страхования;
- 10.2.5. немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в Договоре страхования;
- 10.2.6. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
- 10.2.7. доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком в течение 7 (семи) календарных дней, если иное не установлено в Договоре страхования.

10.3. Застрахованное лицо имеет право:

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

10.4. Застрахованное лицо обязано:

- 10.4.1. соблюдать порядок получения им медицинской помощи, предусмотренный Программой;
 - 10.4.2. предоставлять Страховщику и Сервисной компании всю необходимую медицинскую документацию, подтверждающую первичное диагностирование у Застрахованного лица критического заболевания в целях получения альтернативного медицинского заключения;
 - 10.4.3. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой оказанных медицинских и иных услуг, лекарственных средств, защитой прав Застрахованных;
 - 10.4.4. предоставить Страховщику согласие на обработку персональных данных;
 - 10.4.5. исполнять требования Страховщика, его представителя, Сервисной компании;
 - 10.4.6. соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления медицинских и иных документов;
 - 10.4.7. предъявить Сервисной компании в срок не позднее 180 календарных дней с момента приобретения на территории Российской Федерации лекарственных средств, предписанных зарубежным врачом для продолжения лечения, заявление установленного образца с приложением копии рецепта, подтверждающего медицинские показания к покупке лекарственных средств, а также оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копию бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку;
 - 10.4.8. соблюдать лечебный режим, предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;
 - 10.4.9. не передавать страховой полис и Программу страхования другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования;
 - 10.4.10. немедленно сообщить Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;
 - 10.4.11. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
 - 10.4.12. при утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;
 - 10.4.13. при невозможности воспользоваться услугой по оказанию медицинской (иной) помощи, заблаговременно отказаться от ее бронирования, предварительно выяснив условия такого отказа в Сервисной компании или при участии Страховщика.
- 10.5. **Страховщик имеет право:**
- 10.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;
 - 10.5.2. перед заключением Договора страхования потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние его здоровья;
 - 10.5.3. приостановить рассмотрение заявления на страхование, если лицо, заявленное на страхование в качестве Застрахованного лица, находится на госпитализации, временно нетрудоспособно, имеет направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (МСЭ), находится в местах лишения свободы, нуждается в постоянной посторонней медицинской помощи или представляет социальную опасность.

- 10.5.4. при наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени риска по Договору страхования, потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
Если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 10.5.5. запрашивать у Страхователя и Застрахованного лица медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, а также организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;
- 10.5.6. использовать информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг и (или) лекарственных средств, защитой прав Застрахованных;
- 10.5.7. не признавать обращение Застрахованного лица в связи с первично диагностированным у него критическим заболеванием страховым случаем и не оказывать услуг по Договору страхования до момента получения Страховщиком согласия, указанного в п. 10.2.2., 10.4.3, 10.4.4 настоящих Правил;
- 10.5.8. получать письменное согласие от каждого принимаемого на страхование лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.
- 10.6. **Страховщик обязан:**
- 10.6.1. осуществить страховую выплату путем возмещения стоимости медицинской и иной помощи, оказанной Застрахованному лицу медицинскими и иными учреждениями в соответствии с условиями Договора страхования и (или) Программой страхования.
- 10.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного, Страховщика.

11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ ПЕРВИЧНОМ ДИАГНОСТИРОВАНИИ У ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА КРИТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 11.1. В случае первичного диагностирования у Застрахованного лица критического заболевания, Застрахованное лицо или его представитель обязаны в целях сохранения здоровья Застрахованного лица незамедлительно известить об этом Сервисную компанию.
- 11.2. Датой первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания является дата установления ему на территории Российской Федерации медицинским специалистом (специалистами), имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного лица.
- 11.3. По факту обращения Застрахованного лица Страховщик и (или) Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги. Оплата оказанных услуг происходит без участия Застрахованного лица в пределах лимитов, установленных Договором страхования.
- 11.4. В целях выявления необходимости получения Застрахованным лицом медицинской и иной помощи в связи с первично диагностированным критическим заболеванием, Застрахованное

лицо обязано предоставить в Сервисную компанию медицинскую документацию, подтверждающую диагноз и связанные с ним медицинские показания. В медицинских документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями). Дополнительно Страховщик (Сервисная компания) вправе запросить документы, содержащие результаты диагностических тестов, проб биопсии, медицинские карты. Также, необходимо предоставить документально подтвержденные сведения о лекарствах, которые принимал или принимает Застрахованный.

- 11.5. Предоставляемые Застрахованным лицом или его представителем документы, выданные медицинскими учреждениями, должны содержать код диагноза по Международной классификации болезней (МКБ-10), заверены печатями (штампами) медицинского учреждения, датой и подписью врача.
- 11.6. В том случае, если Застрахованный является недееспособным, (в т.ч. несовершеннолетним), документы от его имени дополнительно предоставляют его законные представители, подтверждающие родство с Застрахованным лицом, иные полномочия, позволяющие представлять его интересы, документально заверенные в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 11.7. На основании медицинской документации, содержащей показания к лечению первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, эксперты профильной медицинской организации, согласованной со Страховщиком и (или) Сервисной компанией, специализирующиеся на диагностике и лечении первично диагностированного у Застрахованного лица критического заболевания, представляют альтернативное медицинское заключение, подтверждают или ставят собственный диагноз, предлагают оптимальный метод лечения.
- 11.8. В случае подтверждения альтернативным медицинским заключением наличия у Застрахованного лица впервые диагностированного критического заболевания, Застрахованному лицу будет предоставлен список медицинских учреждений, находящихся за пределами территории Российской Федерации и страны гражданства Застрахованного лица, рекомендованных для прохождения лечения. По факту принятия решения о выборе Застрахованным лицом одного из предложенных медицинских учреждений, Страховщик, либо Сервисная компания вручает Застрахованному лицу сертификат, содержащий сведения о запланированном лечении, его объеме, медицинском учреждении, в котором запланировано лечение Застрахованного лица, иных услугах, которые будут оказаны Застрахованному лицу в медицинском учреждении, выбранном для запланированного лечения.
 - 11.8.1. Обязательства Страховщика по оплате услуг, указанных в сертификате, распространяются только на услуги, оказанные Застрахованному лицу в течение страхования по Договору страхования.
 - 11.8.2. Медицинские и иные расходы по лечению впервые диагностированного критического заболевания Застрахованного лица, имевшие место вне срока страхования, оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно.
- 11.9. В том случае, если альтернативное медицинское заключение не подтвердило наличия у Застрахованного лица впервые выявленного у него критического заболевания, событие не является страховым случаем, а госпитализация и (или) оказание иных услуг Застрахованному лицу не производится.

12. ОБЪЕМ И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 12.1. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи, в соответствии с условиями Программы страхования и Договора страхования медицинскому учреждению или иной организации на основании выставленных Страховщику счетов.
- 12.2. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи, лекарственных средств и иных услуг) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские и иные учреждения:
 - 12.2.1. за отдельные простые, сложные и (или) комплексные медицинские и иные услуги;
 - 12.2.2. за число койко-дней (при стационарном лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, оказываемые Застрахованному и Сопровождающему его лицу;
 - 12.2.3. по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;
 - 12.2.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;
- 12.3. Самостоятельное приобретение Застрахованным лицом лекарственных средств в целях продолжения лечения (в соответствии с п. 5.2.1.8. Правил) должно быть предварительно согласовано со Страховщиком и (или) Сервисной компанией. В этом случае страховая выплата осуществляется в виде возмещения Застрахованному лицу расходов, понесенных им в связи с покупкой лекарственных средств. Для получения возмещения Застрахованному лицу необходимо предъявить Сервисной компании в срок не позднее 180 календарных дней после приобретения лекарственных средств заявление установленного образца с приложением следующих документов:
 - 12.3.1. копию рецепта, подтверждающего медицинские показания к покупке лекарственных средств;
 - 12.3.2. оригинал кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копию бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку;
 - 12.3.3. иные документы, указанные в Договоре страхования.

13. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 13.1. Все споры или разногласия, связанные с отказом в осуществлении страховой выплаты, непризнанием Страховщиком события страховым случаем, оспариванием размера выплаченных Страховщиком сумм, разрешаются Сторонами в соответствии с законодательством РФ.
- 13.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.