



Общество с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Пульс»

Утверждено  
Правлением ООО СК «Пульс»  
(протокол заседания Правления  
от 11.07.2022 г. № 03/2022)

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВАНИЯ ОТ  
НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ №2

Москва 2022 г.

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила добровольного медицинского (далее – Правила страхования, Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Страховщиком договоров комбинированного добровольного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней граждан (далее – договор страхования, страховой полис).

1.2. Информация о Страховщике и условиях страхования размещена на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», сведения об адресе которого содержатся в договоре страхования.

1.3. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик вправе договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и/или о дополнении Правил (в том числе Приложений к Правилам страхования). Все изменения и дополнения к Правилам страхования указываются в договоре страхования и приложенных к нему документах. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

1.4. Страховщик вправе на основе Правил страхования формировать полисные условия страхования (выдержки/выписки из Правил страхования/условия страхования), программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования (страховые продукты), заключаемых на основе Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и Правилам страхования (далее — Полисные условия или Условия страхования). Полисные условия/Условия страхования прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия, в том числе аббревиатуру, отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации, и в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

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

**Страховой риск** - предполагаемое событие, предусмотренное договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами производится страхование.

**Страховой случай** - совершившееся в период действия договора страхования событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

**Страховая сумма** - денежная сумма, установленная договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

**Страховая выплата** – определенная договором страхования денежная сумма, которая выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая.

**Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

**Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

**Амбулаторные условия** - условия, не предусматривающие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

**Больница** (а также - сертифицированное медицинское учреждение / организация, лечебно-профилактическое учреждение) – юридическое лицо, независимо от организационно-правовой

формы и формы собственности, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии (иного разрешения), выданной в порядке, установленном законодательством страны, в которой находится соответствующая больница (сертифицированное медицинское учреждение / организация, лечебно-профилактическое учреждение), осуществляющее медицинское лечение заболеваний или травм, оснащенное материально-техническими средствами и укомплектованное квалифицированным персоналом для выполнения мер диагностического и хирургического вмешательства, в котором круглосуточно присутствуют врачи и медицинский персонал.

**Врач** (а также - сертифицированный (квалифицированный) медицинский специалист) – специалист с высшим медицинским образованием, на законных основаниях и в соответствии с имеющимися сертификатами, квалификацией допущенный к осуществлению медицинской практики соответствующей специализации.

**Восстановительное лечение (Реабилитация)** – комплекс мероприятий по оказанию медицинской помощи и иных услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих (устраняющих) степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица последствий заболеваний, необходимых вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, проводимых в стационарных (в том числе в условиях санаториев) или амбулаторных условиях (за исключением услуг на дому), направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, а также на улучшение качества жизни и сохранение работоспособности Застрахованного лица.

**Госпитализация** – помещение больного в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

**Декларация о состоянии здоровья Застрахованного лица** (далее - Декларация) – неотъемлемая часть договора страхования, содержащая обязательные для заключения договора страхования сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица до момента заключения договора страхования. Обстоятельства, изложенные в Декларации о состоянии здоровья, имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также для согласования сторонами условий договора страхования о Застрахованном лице.

**Первичное диагностирование (первичная постановка диагноза)** – факт установления Врачом впервые в жизни Застрахованному лицу диагноза заболевания. Первичное диагностирование, проведенное, в том числе, в течение Срока страхования, включающее комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий, не относится к событиям, на случай наступления которых осуществлено страхование, проводится Застрахованным лицом самостоятельно и за свой счет, т.е. расходы на первичное диагностирование не включаются в состав страховой выплаты вне зависимости от последующего признания / не признания события страховым случаем.

**Дневной стационар** – условия, предусматривающие медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Дневной стационар обеспечивает структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

**Иные услуги** – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг и включенные в Программу страхования, в том числе: транспортировка, проживание, питание для Застрахованного и иных лиц (если это предусмотрено договором страхования и Программой страхования), услуги по медицинскому уходу за Застрахованным лицом, а также

донором в случае трансплантации, оплата услуг переводчика и телефонной связи, репатриация Застрахованного лица (если это предусмотрено условиями договора - донора в случае его смерти, непосредственно связанной с трансплантацией), проживание в гостинице (отеле) Застрахованного лица (одного сопровождающего лица), содействие в оформлении визы, оформление медицинской документации.

**Классификация TNM** (аббревиатура от tumor, nodus и metastasis) — международная классификация стадий злокачественных новообразований.

**Койко-день** — экономическая условная единица равная суткам пребывания одного человека в стационаре лечебно-профилактических учреждений. День госпитализации в стационар и выписки из него считаются за один койко-день.

**Лекарственные препараты (лекарственная помощь / обеспечение)** – лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонизирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом.

**Лимит ответственности (лимит страхового возмещения)** – максимальный совокупный размер страховой выплаты по отдельным страховым рискам, страховым случаям, видам и количеству медицинских и иных услуг, установленный Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и/или Договором страхования (включая приложения к нему) в течение срока действия договора страхования. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в том числе в процентах от страховой суммы), а также и в натуральном выражении (то есть по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству обращений и иным случаям, установленным условиями страхования).

**Личный кабинет** - персональный раздел Страхователя в мобильном приложении Страховщика и/или на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», сформированный Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя, который может быть использован для создания и обмена информацией между Страховщиком и Страхователем в электронной форме для заключения, исполнения, изменения, досрочного прекращения договора страхования, а также в иных целях не противоречащих настоящим Правилам и действующему законодательству Российской Федерации (далее – РФ).

**Медицинские услуги** - медицинская и лекарственная помощь и иные услуги, оказываемые медицинскими организациями Застрахованным лицам вследствие расстройства их здоровья или их состояния, требующего организации и оказания таких услуг.

**Медико-транспортные услуги** – перемещение Застрахованного лица для получения медицинских услуг, в соответствии с условиями договора страхования и выбранной Медицинской программы от населенного пункта места фактического проживания Застрахованного лица до населенного пункта места оказания медицинских услуг и обратно в пределах территории Российской Федерации.

**Международная классификация болезней** (далее по тексту также МКБ, МКБ-10) – документ, содержащий международную классификацию болезней, принятый сорок третьей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, а также более поздние редакции, принятые уполномоченной международной организацией и введенные в действие на территории Российской Федерации приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Место фактического проживания** — место, в котором человек живет в конкретный момент времени вне зависимости от наличия регистрации.

**Мессенджер** - программа для мгновенного обмена текстовыми сообщениями и файлами.

**Мобильное приложение** - программное обеспечение Страховщика, предназначенное для работы на мобильных устройствах (смартфонах, планшетах).

**Надлежащим образом оформленные/ заверенные документы** – если иное не

предусмотрено договором страхования или Правилами страхования, надлежащим образом оформленными / заверенными документами являются оригиналы соответствующих документов, подписанные уполномоченным лицом выдавшего органа / организации или иным уполномоченным лицом, содержащие оттиск печати (в случаях, когда документом или нормативным актом предусмотрено наличие оттиска печати) или копии указанных документов, заверенные нотариально или органом / организацией или иным уполномоченным лицом, который выдал документ и/или располагает его подлинником.

**Официальный сайт** - официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также иные веб-ресурсы Страховщика. Сайт представляет собой - совокупность программ для электронных вычислительных машин и иной информации, содержащейся в информационной системе страховщика, доступ к которой обеспечивается посредством информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" по доменным именам и (или) по сетевым адресам, позволяющим идентифицировать сайты в сети "Интернет. В соответствии с пунктом 1 статьи 6.1 Закона № 4015-1 в случаях и в порядке, предусмотренных правилами страхования сайт может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) и Страховщиком.

**Период охлаждения** – период времени, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора на условиях, изложенных в настоящих Правилах. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора.

**Период страхования (срок страхования)** – период времени, в течение которого наступившее событие, соответствующее определению страхового риска, признаётся страховым случаем. Если иное не предусмотрено договором страхования, Период страхования исчисляется со дня вступления договора страхования в силу и заканчивается датой окончания (прекращения/расторжения) договора страхования.

**План лечения** – документ, в котором содержится вся информация о планируемом лечении, список медицинских услуг и их последовательность, наименования препаратов и способ их применения.

**Программа добровольного медицинского страхования** (Программа страхования, Медицинская программа) – перечень и условия предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в соответствии с условиями договора страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора страхования.

**Проживание** – проживание Застрахованного лица и иных лиц (если это предусмотрено Договором страхования и Программой страхования) в месте оказания ему медицинских услуг на условиях и в соответствии с договором страхования и Программой страхования.

**Репатриация** – комплекс услуг, связанных с транспортировкой останков Застрахованного лица (либо донора) к месту, где ранее постоянно проживало Застрахованное лицо (либо донор) в связи со смертью Застрахованного лица, произошедшей в процессе проведения лечения заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.

**Сервисная компания** – компания, организующая в соответствии с Программой страхования, медицинские и иные услуги на условиях, предусмотренных заключенным со Страховщиком соответствующим договором страхования. Страховщик самостоятельно определяет Сервисную компанию и вправе заменить Сервисную компанию без согласования со Страхователем или самостоятельно выполнять данную функцию.

**Стационар, стационарные условия** - условия, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

**Стороны договора** - Страховщик и Страхователь выступают сторонами договора

страхования (далее по тексту настоящих Правил – стороны).

**Территория страхования** - определенная в договоре страхования территория (страна, область и т. п.), в пределах которой наступившее в период действия договора страхования событие, имеющее признаки страхового случая, будет считаться страховым.

**Территория оказания услуг** - определенная в договоре страхования территория (страна, область и т.п.), в пределах которой при наступлении страхового случая будут оказываться медицинские и иные услуги.

**Транспортировка** – перемещение Застрахованного лица и иных лиц (если это предусмотрено договором страхования и Программой страхования) в связи с проведением лечения, рекомендованным Страховщиком, транспортом от места фактического проживания (на территории Российской Федерации) до места оказания ему медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программой страхования и возвращение Застрахованного лица обратно.

**Электронная почта** - технология и служба по пересылке электронных сообщений (писем) между пользователями компьютерной сети (Интернета).

**Электронная подпись** - информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

**Электронный документ** - документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

**Простая электронная подпись** - электронная подпись, которая посредством использования кодов, паролей или иных средств подтверждает факт формирования электронной подписи определенным лицом.

Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать и иные определения, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в вышеперечисленные определения – в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

## 2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования по настоящим Правилам являются:

2.1.1. В части добровольного медицинского страхования - имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, предусмотренных Программой страхования, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

2.1.2. В части страхования от несчастных случаев и болезней - имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного в результате несчастного случая или болезни.

2.2. Субъектами страхования по настоящим Правилам являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное (-ые) лицо (-а), Выгодоприобретатель:

**Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Пульс»

(ООО СК «Пульс»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством РФ, на основании полученной в установленном порядке лицензии.

**Страхователь** - дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования. Страхователь вправе застраховать себя (в этом случае он сам является Застрахованным лицом) и/или других физических лиц.

**Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого заключён договор страхования.

**Застрахованное лицо** - физическое лицо, определенное в договоре страхования, и на которое распространяется страхование по договору страхования. Если иное не установлено в договоре страхования по договору страхования Застрахованным лицом является Страхователь.

2.3. В рамках действия настоящих Правил договор страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующей(им) категории(ям):

- лица, чей возраст на дату заключения договора страхования превышает 67 (шестьдесят семь) лет;

- лица, которым устанавливался диагноз слабоумия, психических заболеваний и/или расстройств поведения, в том числе связанные с употреблением наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ;

- лица, состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах, ему проводилось лечение алкогольной и/или наркотической зависимости;

- лица, чьи ближайшие родственники (родители, братья или сестры) в возрасте до 60 лет болели и/или умерли от онкологических заболеваний;

- лица, у которых за последние 12 месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более);

- лица, страдающие тяжелым ожирением, то есть разница между их ростом (в см) и весом (в кг) составляет более 50;

- лица, имеющие заболевания и(или) функциональные нарушения из нижеуказанных (по которым в течение жизни им устанавливался диагноз, проводилось и(или) проводится лечение, либо в отношении которых лицо находилось (находится) под наблюдением врача-специалиста или проходит обследование):

- печеночная недостаточность, дыхательная недостаточность, почечная недостаточность, цирроз печени, любая форма гепатита, кроме А; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), хромосомные синдромы, сахарный диабет любого типа, туберкулез, первичный иммунодефицит ВИЧ, СПИД;

- рак или любой тип злокачественного новообразования (включая стадию in-situ), лимфомы, в т.ч. болезнь Ходжкина, лейкемии и лейкозы, предраковые изменения любых органов (состояния, которые без адекватного лечения с высокой вероятностью могут трансформироваться в злокачественные новообразования), например, но не ограничиваясь: фиброма, аденома, папиллома молочной железы; дисплазия шейки матки; узлы щитовидной железы, гиперплазия предстательной железы, колоректальные полипы, болезнь Крона, истинная полицитемия, крипторхизм, пищевод Баретта, язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, последнее обострение которой было менее 2 (двух) лет до заключения договора страхования, и/или язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, последнее обострение которой было менее 5 (пяти) лет до заключения договора страхования; патологические отклонения показателей теста PAP, CIN, повышенный уровень онкомаркеров (ПСА, РЭА, АФП, СА-125);

- ишемическая болезнь сердца, стенокардия или инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность, порок сердца, в том числе врожденный или выявленный внутриутробно, нарушения сердечного ритма, тромбоз, аневризмы сосудов; дилатационная кардиомиопатия, ревматизм;

–заболевания центральной нервной системы (головного мозга, спинного мозга), эпилепсия, судорожные припадки, эпизоды потери сознания, доброкачественные опухоли или кисты головного мозга, врожденные пороки развития головного и спинного мозга, потеря памяти, паралич.

2.4. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.3. настоящих Правил. Если будет установлено, что по договору страхования принято на страхование Застрахованное лицо без согласия Страховщика вследствие сообщения Страхователем заведомо ложных сведений об указанных обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.167, п. 2 ст. 179 ГК РФ.

2.5. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

### 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ (СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ)

3.1. По настоящим Правилам страховыми рисками являются предполагаемые события на случай наступления которых осуществляется страхование.

3.2. Страховыми случаями в соответствии с настоящими Правилами страхования с учетом исключений и ограничений, указанных в Правилах страхования, договоре страхования и Программе страхования, являются предусмотренные Договором страхования события, произошедшие в Период страхования:

3.2.1. По добровольному медицинскому страхованию страховым случаем является документально подтвержденное обращение в течение срока страхования Застрахованного лица для организации медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с Программой страхования в связи с впервые диагностированным в течение срока страхования заболеванием, потребовавшим следующие виды лечения:

3.2.1.1. Лечение злокачественных онкологических заболеваний (Онкологические заболевания);

Злокачественные новообразования - любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен подтверждаться гистологическими или - в случае системных раковых заболеваний - цитологическими методами исследований.

Исключаются из страхового покрытия:

–все формы рака кожи, за исключением меланомы,

–хронический лимфоцитарный лейкоз,

–все формы онкологических заболеваний на фоне ВИЧ или СПИДа (включая саркому Капоши).

Программой страхования покрывается лечение:

- рака in situ (злокачественная опухоль, ограниченная эпителием, в котором она возникла, не проникающая в строму или окружающие ткани);

- злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому (за исключением лимфомы кожи), характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей.

3.2.1.2. Назначение кардиохирургической операции (Кардиохирургия);



Кардиохирургия - хирургическая операция по назначению врача-кардиолога, направленная на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода места сужения (закупорки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью обходных трансплантатов (шунтов); на замену или лечение одного или нескольких сердечных клапанов; хирургические операции по пластике сосудов сердца, стентирование, хирургическое лечение нарушений сердечного ритма.

Исключаются из страхового покрытия операции связанные с:

–любыми формами поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем), –врожденными пороками развития любого вида.

### 3.2.1.3. Назначение нейрохирургической операции (Нейрохирургия);

Нейрохирургия - плановое хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, проводимое в стационарных условиях, необходимое вследствие обнаружения доброкачественных опухолей, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга и последствиях травм, произошедших в период действия договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден результатами методов визуальной диагностики, а также врачом, по направлению Страховщика или согласованным со Страховщиком.

Исключаются из страхового покрытия операции связанные с:

–врожденными пороками развития любого вида.

### 3.2.1.4. Назначение операции по трансплантации костного мозга (Трансплантация костного мозга).

Трансплантация костного мозга – плановое медицинское мероприятие, удовлетворяющее следующим условиям:

- проводимое в целях лечения лимфомы или лейкоза, необходимость проведения которого определена онкологическим консилиумом в соответствии с принятыми медицинскими критериями, при этом диагноз лимфомы или лейкоза должен быть установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден гистологически;

- проводимое в больнице, согласованной Сервисной компанией и/или Страховщиком;

- не являющееся экспериментальной процедурой и/или процедурой, выполняемой в научно-исследовательских целях и/или включающих стволовые клетки;

- проводится в соответствии с законодательством страны места оказания медицинских услуг;

- при условии наличия дозы донорской крови, подходящей для трансплантации. Застрахованному лицу в больнице, осуществляющей трансплантацию, и такая больница согласилась провести трансплантацию.

Исключаются из страхового покрытия:

- Трансплантация костного мозга при аутоиммунных заболеваниях;

- Трансплантация стволовыми клетками;

- Трансплантация органов.

3.2.2. По страхованию от несчастных случаев и болезней страховым случаем является первичное установление в течение срока страхования Застрахованному лицу окончательного диагноза смертельно опасного заболевания, соответствующего одному или нескольким условиям из перечисленных ниже:

• Диагностирование злокачественного новообразования IV стадии, соответствующего стадиям по классификации TNM:

– T любой, N любой, M<sub>1</sub>;

– T<sub>4</sub>, N любой, M любой.

• Диагностирование лейкоза в терминальной стадии.

• Назначение паллиативного лечения, как единственно возможного по поводу злокачественного онкологического заболевания или доброкачественной опухоли головного мозга.

#### **4. ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

4.1. Если иное не предусмотрено договором страхования не являются страховыми случаями (не покрывается страхованием) и страховая выплата не производится по следующим событиям/заболеваниям и состояниям/расходам/услугам:

4.1.1. заболевания и/или состояния не предусмотрены Программой страхования и/или возникли до начала или после окончания срока страхования (кроме случаев, прямо предусмотренных программой страхования);

4.1.2. медицинские и иные услуги не назначены Застрахованному лицу лечащим врачом, либо медицинские услуги не являются необходимыми с медицинской точки зрения для лечения по поводу заболевания или контроля эффективности лечения;

4.1.3. получение медицинских услуг с применением методов альтернативной медицины, а также связанных с применением экспериментальных методов лечения;

4.1.4. обращение за лечением вследствие заболеваний, перечисленных в декларации Застрахованного лица, которые Застрахованное лицо имело на дату заключения договора страхования;

4.1.5. оказание услуг лицу, не являющемуся Застрахованным по договору страхования;

4.1.6. оказание услуг после окончания срока страхования, а также оказание услуг, предусмотренных договором страхования в соответствии с п.9.5. Правил страхования, после окончания срока, определенного договором страхования и Программой страхования;

4.1.7. в связи с врожденными пороками развития любого вида;

4.1.8. оказание услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом предписаний лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинских организациях;

4.1.9. выполняемые в эстетических и/или косметических целях, кроме операции по реконструкции молочных желез при лечении рака молочной железы;

4.1.10. услуги, оказанные Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Программой страхования/ не согласованных Страховщиком (действующей по поручению Страховщика Сервисной компанией);

4.1.11. услуги, оказанные Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, предусмотренных Программой страхования, но не согласованных Страховщиком;

4.1.12. заболевания, наступившие в местах лишения свободы, содержания под стражей;

4.1.13. в связи с заболеваниями, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

4.1.14. нейрохирургическими вмешательствами, необходимыми в связи с заболеваниями и травмами, полученными в результате военных действий или операций;

4.1.15. организацией паллиативной терапии;

4.1.16. реабилитация, необходимость в которой возникла:

– в результате заболевания, возникшего до начала срока страхования;

– в результате применения медикаментов без назначения или не в соответствии с назначениями лечащего врача;

**4.1.17. услуги и расходы связаны с первичной диагностикой у Застрахованного лица заболевания.**

4.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

4.2.1. После исчерпания страховой суммы;

4.2.2. После окончания срока действия Договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования и Программой страхования.

4.3. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

4.4. Перечень исключений может быть сокращен или дополнен Договором страхования.

## **5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Территорией страхования, организации и оказания услуг является территория, указанная в договоре страхования.

5.2. Если в договоре страхования не указаны Территория страхования, организации и оказания услуг то территорией страхования, организации и оказания услуг является территория Российской Федерации.

5.3. Из Территории страхования исключаются государства и территории, на которых ведутся военные действия.

5.4. По соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования могут быть предусмотрены иные исключения из территории страхования.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

6.1. Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя и указывается в договоре страхования.

6.2. По добровольному медицинскому страхованию размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя индивидуально для каждого из страховых рисков или по совокупности рисков.

Страховая сумма по добровольному медицинскому страхованию устанавливается уменьшаемой, рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока страхования и суммы страховых выплат, осуществленных Страховщиком в период срока страхования по всем произошедшим страховым случаям. Если страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по Договору страхования в части добровольного медицинского страхования считаются исполненными.

6.3. Страховая сумма по страхованию от несчастных случаев и болезней является постоянной и определяется по соглашению Страховщика и Страхователя и указывается в договоре страхования.

6.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховые суммы указываются в российских рублях.

6.5. В рамках общей страховой суммы могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика по любому из страховых рисков или группе рисков, указанных в договоре страхования и предусмотренных настоящими Правилами.

6.6. Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

6.7. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховой взнос - часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.8. Страховая премия определяется Страховщиком исходя из страховой суммы в соответствии с действующими на момент заключения договора страхования тарифами, исходя из условий договора страхования и оценки степени риска.

6.9. Оплата страховой премии по договору страхования может производиться в полном

объеме или периодическими платежами. Конкретный порядок оплаты страховой премии указывается в договоре страхования.

6.10. В случае неуплаты или неполной оплаты страховой премии, уплачиваемой единовременно, либо первого страхового взноса при уплате в рассрочку, в размере и сроки, установленные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, и страховые выплаты по нему не производятся.

В этом случае, поступившие оплаченные денежные средства считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату Страхователю в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя, содержащего реквизиты для перечисления денежных средств.

6.11. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) при платеже путем безналичных расчетов считается день, когда кредитная организация, обслуживающая Страхователя, исполнила его распоряжения о переводе суммы страховой премии (страхового взноса) безналичным путем на расчетный счет Страховщика.

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного Заявления Страхователя. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования. К договору страхования также могут прилагаться и являться неотъемлемой его частью Правила страхования, а также иные приложения, если это прямо указано в договоре страхования.

7.2. Договор страхования может заключаться путем:

7.2.1. Составления одного документа, подписанного сторонами. Договор страхования в этом случае скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах.

7.2.2. Вручения Страхователю на основании устного или письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса и Правил. Принятие Страхователем страхового полиса и Правил страхования подтверждается оплатой Страхователем страховой премии в порядке и сроки, установленные Договором, а также дополнительным подтверждением может являться подпись Страхователя в платежном документе. Подписание страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного (или иного графического) воспроизведения подписи уполномоченного представителя и печати Страховщика является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика.

Направление Страхового полиса посредством сети «Интернет» по адресу электронной почты, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, или путем его размещения в Личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и/или мобильном приложении Страховщика, в Личном кабинете Страхователя на сайте страхового агента Страховщика, страхового брокера и/или мобильном приложении страхового агента Страховщика, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями) является надлежащим вручением Страхового полиса Страхователю. При этом Стороны вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Полис на бумажный носитель.

7.2.3. Направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью страховщика. В соответствии с пунктом 4 статьи 6.1

Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным страхователем на предложенных страховщиком условиях с момента уплаты страхователем страховой премии. Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре добровольного страхования и правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных страховщиком условиях.

Простой электронной подписью Страхователя является электронная подпись, которая посредством использования кодов, паролей или иных средств подтверждает факт формирования электронной подписи определенным лицом. В том числе, простой электронной подписью могут являться: логин (последовательность символов, служащая для идентификации Страхователя в личном кабинете на официальном сайте Страховщика, страхового Агента, страхового брокера и/или мобильном приложении Страховщика, страхового Агента, страхового брокера и постоянный пароль (пароль многократного использования с неограниченным сроком действия, который используется для аутентификации и идентификации Страхователя при входе в личный кабинет на официальном сайте Страховщика, страхового Агента, страхового брокера, в том числе, с помощью Touch ID и/или Face ID), либо указанный Страхователем номер телефона и одноразовый пароль (пароль одноразового использования, получаемый Страхователем от Страховщика, страхового Агента, страхового брокера на указанный Страхователем номер телефона). Пароль является ключом простой электронной подписи Страхователя.

Страхователь - уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях. Простой электронной подписью Страхователь также может заверять ознакомление и принятие предоставляемых Страховщиком документов при заключении Договора страхования (памятки, декларации, информация об условиях и т.д.).

7.3. Страховщик вправе предусмотреть на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в мобильном приложении Страховщика, а также иных электронных ресурсах и каналах Страховщика (мессенджеры, электронная почта), в мобильном приложении и/или на сайте страхового агента Страховщика, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями), возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в том числе касающейся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов/сведений).

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями законодательства РФ и направленные в порядке, установленном настоящим пунктом, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в форме договора страхования, заявлении о заключении договора страхования или в письменном запросе Страховщика.

7.5. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или информации, представленной Страхователем (в том числе для заключения договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т. д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и

первоисточники.

7.6. Если Страхователем / Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем указаны неполные или неточные сведения, Страховщик вправе отложить оформление договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет обратившееся лицо любым доступным способом (посредством телефонной, факсимильной и иной связи) в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента установления факта предоставления неполных или неточных сведений.

7.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для заключения договора страхования, Страховщик вправе признать договор недействительным и требовать применения последствий, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

7.8. В случае утраты Страхователем страхового полиса или договора страхования в период его действия по заявлению Страхователя ему выдается дубликат.

7.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

7.10. При наличии расхождений между положениями договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

7.11. Любые извещения, заявления, обращения и иные документы, направляемые Сторонами друг другу в рамках исполнения договора страхования, и/или направляемые Страховщику лицами, в пользу или в отношении которых заключен договор страхования, должны совершаться в письменной форме, и направляться по почтовым адресам Сторон, адресам электронной почты Сторон, адресам мессенджеров Сторон, посредством личного кабинета Страхователя на официальном сайте Страховщика и/или мобильного приложения Страховщика, а также посредством личного кабинета Страхователя на официальном сайте страхового Агента, страхового брокера и/или мобильного приложения страхового Агента, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями), а также по иным контактными данным Сторон, указанным в договоре страхования и его приложениях, в письменном заявлении (обращении) и иных документах, содержащих уведомление об изменении контактной информации или реквизитов и иными.

7.12. Все заявления, обращения, уведомления и иные документы, Страхователь вправе направить Страховщику в электронном виде с использованием электронных ресурсов и каналов Страховщика (официальный сайт/ мобильное приложение, мессенджеры, электронная почта).

7.13. Страховщик уведомляет заинтересованных лиц об изменении своей контактной информации и иных сведений путем размещения информационного сообщения на официальном сайте Страховщика, а также с использованием других электронных ресурсов и каналов Страховщика (мобильное приложение, мессенджеры, электронная почта).

7.14. Страхователь обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) календарных дней, уведомить Страховщика об изменении сведений, в том числе, представленных Страховщику при заключении договора страхования и/или контактной информации о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, путем направления письменного заявления по почтовому адресу Страховщика, указанному в договоре страхования, или в соответствующем информационном извещении на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», либо вручения Страховщику лично.

7.15. Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному) сообщения посредством СМС-сообщений, электронной почты, мессенджеров по адресам, согласно сведениям, указанным Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», в мобильном приложении Страховщика, на официальных сайтах и в мобильных

приложениях страхового Агента, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями). В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

7.16. Внесение изменений в договор страхования осуществляется в порядке, установленном законодательством РФ.

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

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме – с момента полного исполнения указанных обязательств Страховщиком.

8.1.2. Признания договора страхования недействительным по решению суда – с даты, указанной в решении суда.

8.1.3. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай – с 00 часов 00 минут даты прекращения существования страхового риска.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.1.4. По соглашению Сторон – с 23 часов 59 минут дня, указанного как дата досрочного прекращения договора страхования в соответствующем письменном Соглашении.

8.1.5. По требованию Страхователя. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 8.1.3. Правил страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не ранее даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.1.5.1. Если иной срок не предусмотрен договором страхования, Страхователь имеет право отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая при этом:

а) если Страхователь отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (до даты начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

б) если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

В случае оплаты премии в безналичном порядке, возврат Страхователю страховой премии осуществляется в безналичном порядке, а при оплате наличными деньгами Страховщик осуществляет возврат страховой премии способом, выбранным Страхователем – путем выдачи денежных средств из кассы Страховщика или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных настоящим пунктом:

1) Письменного заявления (в том числе, составленного в форме электронного документа, подписанного простой электронной подписью Страхователя) с указанием реквизитов для выплаты;

2) Копия документов, удостоверяющих личность заявителя (представителя) и получателя денежных средств (при его отличии от заявителя);

3) Копия документов, подтверждающие полномочия представителя заявителя.

Все документы (кроме документов, удостоверяющих личность иностранного гражданина) предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

При отсутствии в заявлении Страхователя полной информации, необходимой для осуществления возврата страховой премии, срок возврата Страховщиком страховой премии исчисляется с даты получения Страховщиком всех необходимых сведений.

8.1.6. В иных случаях, предусмотренных законодательством РФ, Правилами и договором страхования.

8.2. Если иное не предусмотрено договором страхования или законом, в случаях, не предусмотренных п.п. 8.1.3. и 8.1.5.1. Правил страхования, при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия или её часть возврату не подлежит.

8.3. Досрочное прекращение договора страхования влечет прекращение всех обязательств Сторон по договору страхования (в том числе, но не ограничиваясь этим, прекращение обязательств Страховщика по страхованию (осуществлению страховых выплат)), за исключением обязательств, которые непосредственно связаны с прекращением договора страхования.

8.4. В случае обращения Выгодоприобретателя к Страховщику с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь с указанного момента не вправе заявлять Страховщику отказ от договора страхования и требовать расторжения договора страхования без согласия соответствующего Выгодоприобретателя.

## **9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Если договором страхования не предусмотрено иное договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в договоре страхования, при условии уплаты страховой премии/первого страхового взноса в порядке и сроки, указанные в договоре страхования.

9.2. Срок действия договора страхования определяется в договоре страхования.

9.3. Время действия договора 24 часа в сутки.

9.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после даты вступления договора страхования в силу и страхование прекращается с 23 часов 59 минут последнего дня действия договора страхования.

9.5. Договором страхования по добровольному медицинскому страхованию может быть предусмотрено, что в случае истечения срока страхования, при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки застрахованного лица из стационара, а также расходы на медицинскую транспортировку и услуги по репатриации, но не более срока, определенного договором страхования с даты окончания срока страхования и в пределах объема услуг согласованного в течение срока страхования.

9.6. Прекращение срока действия договора страхования, в том числе досрочное, влечет за собой прекращение Срока страхования.

## **10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **10.1. Страховщик имеет право:**

10.1.1. Перед заключением договора страхования запросить, а также проверять информацию, предоставленную Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем при заключении договора страхования, а также проверять выполнение указанными лицами условий договора страхования и Правил страхования;

10.1.2. Запрашивать при необходимости сведения, связанные со страховым случаем, у третьих лиц, располагающих информацией о причинах и обстоятельствах страхового случая, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

10.1.3. Проверять подлинность документов и достоверность информации, сообщаемой Страхователем, любыми доступными ему способами, не противоречащими действующему законодательству, в том числе назначать соответствующие экспертизы, запрашивать



дополнительные сведения у Страхователя, направлять запросы в компетентные органы, медицинские и иные учреждения.

10.1.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, самостоятельно выяснять причины, обстоятельства наступившего события, имеющего признаки страхового случая. При необходимости потребовать у Страхователя (Застрахованного лица) прохождения медицинского обследования в указанном Страховщиком (Сервисной компанией) лечебном учреждении либо у указанного Страховщиком (Сервисной компанией) врача, если требуется дополнительная информация об подтверждении факта (причин) происшедшего события, имеющего признаки страхового случая.

10.1.5. Предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» и мобильном приложении Страховщика, мессенджерах Страховщика, сайтах и мобильных приложениях страхового Агента, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями) возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов / сведений). Любые документы, направленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с положениями настоящего пункта признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

10.1.6. Отказаться в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором и действующим законодательством РФ.

10.1.7. Осуществлять иные права, предусмотренные настоящими Правилами, договором страхования и действующим законодательством РФ.

## **10.2. Страховщик обязан:**

10.2.1. Обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской и лекарственной помощи, определенных договором страхования, Правилами страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

10.2.2. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате осуществить организацию оказания медицинский или иных услуг или произвести страховую выплату в соответствии с договором страхования, Правилами страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

10.2.3. Не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения об имущественном положении и состоянии здоровья Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

10.2.4. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и при заключении договора страхования вручить экземпляр настоящих Правил Страхователю, используя способы взаимодействия, которые установлены договором страхования.

10.2.5. Не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц без письменного согласия Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя), за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

## **10.3. Страхователь имеет право:**

10.3.1. Ознакомиться с настоящими Правилами, условиями договора страхования и получить на руки настоящие Правила и договор страхования, получить дубликат договора страхования и Правил;

10.3.2. Требовать выполнения Страховщиком условий договора страхования, настоящих Правил и действующего законодательства РФ.

10.3.3. Получить информационно – консультационные услуги Сервисной компании (по телефону, указанному в договоре страхования) в связи с заболеваниями / состояниями,

предусмотренными в договоре страхования, в том числе:

10.3.3.1. разъяснения по условиям страхования, порядку и условиям получения услуг, предусмотренных договором страхования;

10.3.3.2. информацию по порядку получения медицинской помощи в рамках программ Обязательного медицинского страхования.

10.3.4. Получать информацию об этапах рассмотрения обращения при обращении в связи с событием, имеющим признаки страхового случая, в том числе, путём получения сообщений посредством телефонной и иной связи.

10.3.5. Получить рекомендации Сервисной компании по составу программ реабилитации и подбору соответствующих программ после окончания лечения, проводимого в связи с наступившим страховым случаем.

10.3.6. Получить услуги переводчика, а также перевода (в том числе, медицинских документов) с русского и на русский язык на английский язык или язык страны, в которой запланировано или проводится лечение в случае, если такой перевод необходим для организации лечения по страховому случаю.

10.3.7. При обращении в связи со страховым случаем, воспользоваться услугами персонального куратора Сервисной компании.

10.3.8. Получать разъяснения по Правилам и заключенному договору страхования.

10.3.9. Отказаться от договора страхования, в соответствии с условиями настоящих Правил о досрочном прекращении договора страхования инициативе Страхователя.

10.3.10. Осуществлять иные права, специально предусмотренные договором страхования и действующим законодательством РФ.

#### **10.4. Страхователь обязан:**

10.4.1. До заключения договора страхования ознакомиться с Правилами страхования, договором страхования (включая Декларацию) и иными документами, прилагаемыми к договору страхования.

10.4.2. При заключении договора страхования сообщить и/или иным образом подтвердить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица, а также все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными являются в том числе сведения, приведенные в настоящих Правилах страхования и договоре страхования.

10.4.3. При заключении договора страхования обеспечить соответствие достоверности данных, указанных в Декларации о состоянии здоровья Застрахованного лица, и фактических данных о Застрахованном лице. Подтверждением согласия Страхователя с данными, изложенными в Декларации Застрахованного лица, является заключение договора страхования и/или уплата страховой премии / первого страхового взноса.

10.4.4. Соблюдать положения настоящих Правил и договора страхования.

10.4.5. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями настоящих Правил и договора страхования.

10.4.6. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования.

10.4.7. При изменении любых сведений, указанных в договоре страхования, Страхователь обязуется сообщать об этом Страховщику не позднее 7 дней.

10.4.8. Возвратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренного действующим законодательством РФ срока исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое в соответствии с действующим законодательством РФ или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного права на получение страховой выплаты. Возврат страховой выплаты должен быть осуществлен Страхователем (Застрахованным лицом) в течение 10 (десяти) календарных дней с даты получения требования от Страховщика.

10.4.9. Предоставлять информацию, необходимую для исполнения требований законодательства РФ в сфере противодействия (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, а также в течение всего срока действия договора страхования незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) календарных дней, сообщать об изменении данной информации.

10.4.10. В случае обращения к Страховщику / Сервисной компании предоставить документы, необходимые для принятия решения о наступлении страхового случая и / или осуществления страховой выплат

#### **10.5. Застрахованное лицо обязано:**

10.5.1. не передавать договор страхования (Страховой полис и т.п.) другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

10.5.2. соблюдать требования Правил, договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинской организацией.

10.6. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования (включая приложения к ним) и/или договором страхования и/или действующим законодательством РФ.

### **11. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ.**

11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и договором страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен в течение Срока страхования, в кратчайшие сроки обратиться к Страховщику/ в Сервисную компанию с уведомлением и последующим предоставлением документов, которые запросит Страховщик / Сервисная компания.

11.2. Для признания события страховым случаем Страховщик/ Сервисная компания вправе запросить оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов:

11.2.1. Заявление о наступлении страхового случая/ заявление о страховой выплате (по форме Страховщика /Сервисной компании).

11.2.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя/ Застрахованного лица/ Выгодоприобретателя, законного представителя Застрахованного лица.

Если с заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), то у него должна быть документы, подтверждающие представительство в силу закона или надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления и/или на получение страховой выплаты.

11.2.3. Согласие Застрахованного лица на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон № 152-ФЗ) его персональных данных, в соответствии с Законом № 152-ФЗ, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания услуг в отношении Страховщика, Сервисной компании, их уполномоченных представителей, а также третьих лиц, оказывающих услуги в связи с диагностированным заболеванием Застрахованного лица.

11.2.4. Согласие Застрахованного лица в соответствии с ч. 3 ст. 13, ч. 4 и 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять ООО «СК «Пульс», осуществляющему страхованию по договору страхования, а также Сервисной компании по договору страхования любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.), как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая.

11.2.4.1. Договор страхования (страховой полис) со всеми приложениями и дополнительными соглашениями;

11.2.4.2. Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме.

11.2.5. Медицинские документы (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного, выписной эпикриз из истории болезни, заключение консилиума), заверенные печатью выдавшего медицинского учреждения и подписью ответственного лица, с указанием ФИО пациента, даты рождения, даты составления выписки, даты получения травмы или диагностирования заболевания, полного диагноза (в том числе, кода по МКБ-10), сроков и вида проведенного лечения (если применимо), результатов обследования и другой сопутствующей информации, позволяющий сделать заключение о причинах и сроках установления диагноза.

11.2.6. Результаты и заключения инструментальных, лабораторных методов диагностики / исследований, в т.ч.: гистологических или цитологических (в случае системных онкологических заболеваний); радиологических визуализирующих исследований; данные магнитно-резонансной томографии; результаты коронарной ангиографии.

11.2.7. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, заверенная печатью выдавшего медицинского учреждения и подписью ответственного лица, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет.

11.2.8. Медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства о наличии и дате (датах) обращений либо об отсутствии обращений, а также «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма 090/У) за последние 5 (пять) лет (при диагностировании онкологического заболевания).

11.2.9. Заключение врача – специалиста/консилиума по заболеванию с указанием полного клинического диагноза, показаний к лечению, вида рекомендованного лечения или операции, подтверждающее необходимость назначенного лечения, а также назначенный план лечения.

11.2.10. При возникновении несчастного случая на производстве - Акт о несчастном случае на производстве с указанием ФИО и даты рождения пострадавшего, даты составления документа, даты и времени несчастного случая, наименования организации-работодателя, работником которой является Застрахованный, отраслевой принадлежности организации работодателя, должности Застрахованного, обстоятельств несчастного случая, характера полученных повреждений и наличия/отсутствия алкогольного/наркотического/токсического опьянения, заверенный организацией-работодателем; по факту несчастного случая во время пути от места жительства к месту исполнения трудовых обязанностей и обратно - документ (справка из медицинской организации и/или объяснительная от Застрахованного (его законного представителя)), в котором зафиксировано данное обстоятельство наступления несчастного случая.

11.2.11. Документ компетентного органа (МВД, МЧС и др.), в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события.

11.3. Для принятия решения о возмещении о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) на приобретение лекарственных препаратов, предусмотренных Программой страхования, в дополнение к документам, перечисленным в п.11.2 Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить Страховщику/ Сервисной компании следующие обязательные документы:

11.3.1. Заявление по форме Страховщика на возмещение стоимости лекарственных препаратов с указанием реквизитов для перевода денежных средств;

11.3.2. рецепты на лекарственные препараты, выписанные и зафиксированные в выписке из амбулаторной карты или истории болезни лечащим врачом медицинского учреждения с целью лечения заболевания, предусмотренного п.3.2.1 настоящих Правил, с указанием наименований

препаратов, даты рецепта, ФИО и даты рождения Застрахованного;

11.3.3. платежно-расчетные документы, подтверждающие приобретение лекарственных препаратов (с указанием наименований и стоимости препаратов).

11.4. Для принятия решения о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования и оказанных по согласованию со Страховщиком/ Сервисной компанией, в дополнение к документам, перечисленным в п.11.2 Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить Страховщику/ Сервисной компании следующие обязательные документы:

11.4.1. договор на оказание медицинских услуг;

11.4.2. счета из организаций, оказавших услуги с указанием наименований услуг, стоимости, дат их оказания, реквизиты договоров с организациями;

11.4.3. оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты медицинских и иных услуг, включенных в договор страхования;

11.4.4. документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих услуг (выписку из истории болезни, выписной эпикриз, выписка из амбулаторной карты и т.д.);

11.4.5. копию лицензии (с приложениями) медицинской организации, в которой Застрахованное лицо проходило лечение.

11.5. Страховщик (Сервисная компания) вправе сократить перечень документов, указанный в п.п. 11.2 – 11.4 Правил страхования, если из имеющихся документов возможно установить факт и причины наступления страхового случая, а также принять иные документы, взамен указанных. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные в п.п.11.2 – 11.4 Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником. Страховщик также оставляет за собой право в установленном законом порядке запросить в уполномоченных государственных органах, медицинских и иных организациях документы, необходимые для рассмотрения Страхового события и признания его Страховым случаем.

11.5.1. Документы, перечисленные в п. п.п.11.2 – 11.4 Правил могут быть предоставлены в электронном виде (скан-копии/фото в читаемом качестве) с использованием официальных электронных ресурсов и каналов Страховщика (сайт/мобильное приложение, мессенджеры, электронная почта) с последующим предоставлением оригиналов или надлежащим образом заверенных копий. Страховщик имеет право отсрочить принятие решения по заявленному событию до момента предоставления оригиналов запрошенных документов Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем).

11.6. Все документы, предоставляемые Страховщику в связи с наступлением страхового случая, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает заявитель.

## **12. СРОКИ, ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, РАЗМЕР И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

12.1. Страховщик (Сервисная компания) проводит анализ полученных документов, указанных в п.п. 11.2 – 11.4 настоящих Правил, в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения таких документов.

12.2. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения о Страховщик (Сервисная компания) в течение 3 (трех) рабочих дней информирует об этом Застрахованного с указанием перечня дополнительно необходимых документов.

12.3. В срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из необходимых документов, указанных в п.п. 11.2-11.4 Страховщик обязан принять решение о признании события страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты или об отказе в признании события страховым случаем и отказе в осуществлении страховой выплаты. В случае

принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты направить Страхователю мотивированный отказ в страховой выплате в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения об отказе. В случае принятия решения об осуществлении страховой выплаты осуществить страховую выплату в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения о выплате.

12.4. Страховщик имеет право, письменно уведомив лицо, обратившееся за страховой выплатой, вынести мотивированное решение об отсрочке принятия решения о признании или непризнании события страховым случаем, если по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания производства по уголовному делу или судебному процессу (до события, которое наступит ранее) или возникла необходимость в экспертизе представленных документов.

Также отсрочка возможна в случае, если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих наступление события, имеющего признаки страхового случая. Страховое расследование проводится в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения всей необходимой информации и запрошенных Страховщиком документов в соответствии с настоящим пунктом Правил страхования.

12.5. При признании страховыми случаями произошедших событий, предусмотренных п. 3.2.1. Правил страхования страховая выплата, осуществляется в пределах страховой суммы и лимитов ответственности в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования в форме:

12.5.1. оплаты услуг, предусмотренных договором страхования и Программой страхования, медицинским и иным организациям непосредственно на счет медицинского учреждения/Сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Сервисной компанией (Страховщиком) оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу;

12.5.2. в форме единовременной выплаты в размере понесенных расходов Страхователем (Застрахованным лицом) для приобретения лекарственных препаратов, предусмотренных Медицинской программой;

12.5.3. в форме единовременной выплаты в размере понесенных расходов Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования при условии предварительного согласования данных расходов со Страховщиком (действующей по поручению Страховщика Сервисной компанией).

12.6. При признании страховым случаем произошедшего события, предусмотренного п. 3.2.2. Правил страхования Страховщик (Сервисная компания) производит единовременную выплату в размере 100% страховой суммы по данному страховому случаю.

12.7. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию, указанную в договоре страхования. Договором страхования может быть предусмотрен иной способ предоставления медицинской помощи и иных услуг.

12.8. Страховщик/ Сервисная компания организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в соответствии с Программой страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после признания заявленного события страховым случаем.

При этом Страховщик не несет ответственности, если Застрахованному лицу будет отказано в получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.

12.9. Страховщик (Сервисная компания) направляет Застрахованному лицу (его законному представителю) в электронном виде план лечения. План лечения должен быть согласован Застрахованным лицом (его законным представителем) путем направления сообщения о своем согласии на проведение лечения с использованием официальных электронных ресурсов и каналов Страховщика (сайт/мобильное приложение, мессенджеры, электронная почта).

12.10. Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги до окончания срока

страхования, установленного в договоре страхования (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения), при этом, если это предусмотрено Договором страхования, в соответствии с пунктом 9.5 Правил страхования услуги могут быть оказаны после окончания срока страхования, в объеме и на условиях, предусмотренных Программой страхования.

12.11. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или стоимостью самих услуг, в пределах лимитов ответственности, установленных договором страхования и Программой страхования (в зависимости от того, что применимо).

12.12. Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится Страховщиком в порядке и на условиях, установленных Договором между этими организациями и Страховщиком.

### 13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. При разрешении споров между Страхователем / Выгодоприобретателем / Застрахованным (получателем страховых услуг) и Страховщиком стороны применяют претензионный досудебный порядок, если иное не предусмотрено законом. Претензия подается путем направления заявления Страховщику.

13.2. В претензию включаются следующие сведения:

- наименование, место нахождения и адрес страховой организации;
- наименование заявления (претензии) - заявление потребителя, направляемого в страховую организацию в электронной форме;
- дата и место ее составления;
- дата претензии;
- номер и дата договора страхования;
- суть требований и фактические обстоятельства, на которых основаны требования, а также доказательства, подтверждающие данные требования;
- размер требований имущественного характера и реквизиты банковского счета (в случае, если требование является денежным);
- вид заявителя (потребитель или третье лицо, которому уступлено право требования потребителя к страховой организации):

1) в случае, если претензия направляется физическим лицом: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения, место рождения, вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер и дата выдачи такого документа, место жительства или место пребывания; контактную информацию (например, телефон, адрес электронной почты)

2) в случае, если заявление направляется физическим лицом, зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, дополнительно к п.п. 1) п. 12.2: дата государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, идентификационный номер налогоплательщика;

3) в случае, если заявление направляется юридическим лицом: наименование, место нахождения, дата государственной регистрации, идентификационный номер налогоплательщика, контактную информацию (например, телефон, адрес электронной почты).

– подпись заявителя или представителя заявителя, и документ, подтверждающий его полномочия.

– наименование подразделения, должности, фамилии, имени, отчества (при наличии) работника Страховщика, действия (бездействия) которого обжалуются.

К претензии должны быть приложены документы, подтверждающие обоснованность заявленных в претензии требований, перечень которых указывается в претензии.

13.3. Письменная мотивированная претензия должна быть вручена уполномоченному представителю стороны лично, направлена по почте заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении, либо представлена в электронной форме, включая обмен информацией

в электронной форме (с использованием мессенджеров, электронной почты, адрес которой указан на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», сайта Страховщика и/или мобильного приложения Страховщика).

13.4. Претензия потребителя страховых услуг должна быть рассмотрена Страховщиком:

1) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления (претензии) получателя страховых услуг в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней (стандартные формы заявлений размещены на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной «Интернет»);

2) в течение 30 (тридцати) дней со дня получения и регистрации заявления (претензии) потребителя страховых услуг в иных случаях.

Претензии Страховщика должны быть рассмотрены в течение 30 (тридцати) дней со дня их получения потребителем страховых услуг.

13.5. Обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается лицу, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

13.6. Ответ на заявление (претензию) потребителя страховых услуг направляется по адресу, указанному в обращении потребителя страховых услуг либо иным способом, указанным в обращении, а при его отсутствии – по адресу электронной почты, указанной в договоре страхования с возможностью дублирования информации в личный кабинет на сайте Страховщика и/или мобильного приложения Страховщика, мессенджеры.

13.7. Ответ на заявление (претензию) не дается в следующих случаях:

- в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;
- текст обращения не поддается прочтению;
- в обращении содержатся только те вопросы, на которые обратившемуся лицу ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;
- в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу Страховщика, имуществу, жизни и (или) здоровью работников Страховщика, а также членов их семей;
- обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки; из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.