

«УТВЕРЖДЕНО»

Д.А. Максимовым
Генеральным директором
АО «СК БЛАГОСОСТОЯНИЕ»

«14» марта 2016 года

**ПРАВИЛА
МЕЖДУНАРОДНОГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Оглавление:

1. Введение.....	2
2. Терминология	2
3. Объекты и субъекты страхования. Страховые риски и страховые случаи	7
4. Исключения	8
5. Заключение договора страхования. Медицинские состояния, о которых необходимо сообщить страховщику до заключения договора	9
6. Страховая сумма	12
7. Страховой тариф. Страховая премия	13
8. Порядок организации медицинской помощи и иных услуг	14
9. Порядок осуществления страховой выплаты	14
10. Порядок прекращения договора страхования	17
11. Заключение очередного Договора	18
12. Права и обязанности	19
13. Конфиденциальность	20
14. Заключительные положения	21
15. Приложение № 1. Образец договора страхования	22

Настоящие Правила международного добровольного медицинского страхования (далее – Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством с соблюдением законодательства государств, где они применяются, и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Акционерным обществом «Страховая компания БЛАГОСОСТОЯНИЕ» (далее - «Страховщик») договоров международного добровольного медицинского страхования. Правила или утверждаемые Страховщиком на их основе Полисные условия являются неотъемлемой частью соответствующего договора международного добровольного медицинского страхования (далее – «Договор»).

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду «медицинское страхование».

1.2. Договоры международного добровольного медицинского страхования являются для целей налогообложения страхователей и застрахованных лиц в части страховых взносов и страховых выплат договорами, предусматривающими возмещение медицинских расходов.

1.3. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении договора страхования или в период действия договора страхования, при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.

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

2. ТЕРМИНОЛОГИЯ

1.1. Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах используются следующие термины:

Администратор Программы - российское или иностранное юридическое лицо, имеющее необходимую квалификацию или лицензию, привлекаемое Страховщиком в качестве агента по заключению договоров страхования, консультированию Страхователей по содержанию Программ международного добровольного медицинского страхования (МДМС), взаимодействию с партнерами по реализации Программ (Андеррайтером, Перестраховщиком, другими лицами) и урегулированию спорных ситуаций от имени Страховщика.

Альтернативная медицина - системы, практики и продукты в области медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не считаются частью официальной (конвенциональной, общепринятой) медицины или её методов лечения и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. К альтернативной медицине относятся следующие методы, включая, но не ограничиваясь: акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатическая, натуропатическая и остеопатическая медицина, аюрведическая и традиционная китайская медицина. **Лицо, оказывающие услуги в области альтернативной медицины**, должно иметь официально признаваемую в соответствующей стране квалификацию и разрешение на оказание соответствующих услуг в этой стране.

Амбулаторная операция - операция, которая проводится в рамках амбулаторного лечения, или которая проводится в операционном блоке стационара в течение одного дня с выпиской в тот же день, и пациент не остается в стационаре на ночь.

Амбулаторное лечение – консультации, диагностика, медицинские манипуляции и лечение у Врача или в частной или общественной или государственной организации (которая вправе на законных основаниях осуществлять медицинское лечение заболеваний или телесных повреждений, имеет необходимое оборудование, материальные/технологические средства и профессиональных работников для постановки диагноза, осуществления хирургических вмешательств), при которых непрерывного наблюдения и ухода за пациентом не требуется, и где не предусмотрены помещения для проживания пациентов на период их лечения.

Акушер - врач, который прошел официальный курс обучения по программе акушерства, который признан в стране нахождения учебного заведения, успешно завершил предписанный курс обучения

акушерству и получил квалификацию, необходимую для работы по данной специальности или регистрации и/или получения законной лицензии на осуществление акушерской практики.

Андеррайтер / Эксперт по урегулированию страховых событий - российское или иностранное юридическое лицо, имеющее необходимую квалификацию или лицензию, привлекаемое Страховщиком в качестве эксперта по оценке риска и предложению тарифов, а также в качестве эксперта по контролю за качеством лечения, его стоимостью и возмещением соответствующих расходов.

Беременность - период с даты, когда поставлен первый диагноз до родов.

Болезнь (заболевание) – все нарушения нормальной жизнедеятельности организма, обусловленные функциональными и/или морфологическими изменениями, диагностированные и подтвержденные Медицинским учреждением или Врачом. Заболеванием считаются все повреждения и последствия, возникающие в связи с одним и тем же диагнозом, а также все болезни по одной причине или связанным причинам. Если болезнь обусловлена той же причиной, по которой возникло предыдущее заболевание, или связанной с ней причиной, заболевание считается продолжением предыдущего, но не отдельным заболеванием.

Больница, Стационар - частная или общественная или государственная организация, которая вправе на законных основаниях осуществлять медицинское лечение заболеваний или телесных повреждений, имеет необходимое оборудование, материальные/технологические средства и профессиональных работников для постановки диагноза, осуществления хирургических вмешательств, непрерывного лечения пациентов, наблюдения и ухода за ними, в которой круглосуточно находятся Врачи и медицинский персонал.

Врач – медицинский работник, имеющий диплом о медицинском образовании, прошедший государственную аттестацию и получивший лицензию на занятие медицинской деятельностью в стране, где оказывается медицинская помощь. Застрахованное лицо вправе выбрать любого врача, отвечающего этим критериям.

Семейный врач, или врач общей практики, или терапевт — врач, предоставляющий лечение, которое не требует узкоспециализированного обучения.

Врач-специалист — врач, получивший специальную квалификацию в сфере деятельности или специальные знания, связанные с лечением соответствующего заболевания или травмы.

Врожденное заболевание – это нарушение здоровья, которое имеет место с рождения, приобретенное на стадии развития плода или наступившее при рождении, независимо от того, унаследовано ли оно или вызвано экологическими факторами.

Выжидательный период - временная франшиза продолжительностью до нескольких месяцев, в течение которых отдельные или все заболевания или страховые риски не признаются страховыми случаями. Выжидательный период может быть установлен в Программе страхования и/или в Договоре по соглашению сторон при его заключении - в зависимости от возраста и состояния здоровья Застрахованного.

Госпитализация, стационарное лечение - помещение Застрахованного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, при котором по медицинским основаниям пациент должен остаться в больнице на ночь или на более долгий срок.

Домашний уход, лечение на дому – предписанные врачом медицинские услуги, предоставляемые вне больницы или поликлиники, оказываемые сразу после или вместо лечения в дневном стационаре медицинским работником, имеющим соответствующую квалификацию и разрешение.

Занятия спортом на профессиональном уровне – занятия любым видом спорта, кроме шахмат, включая участие в спортивных соревнованиях и спортивную подготовку к ним, а также проведение учебно-тренировочных мероприятий, направленные на получение вознаграждения или заработной платы, либо на достижение публично признаваемых спортивных результатов в виде места, рейтинга, титула и т.п. на официальных спортивных соревнованиях и официальных международных спортивных соревнованиях.

Застрахованное лицо – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор. В случае если Договор заключен Страхователем-физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

Лекарственное обеспечение – оплата Страховщиком или уполномоченным им лицом стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата лекарственных средств (и при необходимости - их доставка), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского

учреждения.

Лечение в дневном стационаре - лечение в Больнице, не требующее от пациента оставаться в Больнице на ночь.

Льготный период – первые 30 дней (если иной срок не установлен Договором), начиная с даты возникновения задолженности Страхователя по уплате страхового взноса, в течение которых Договор не прекращается, но Страховщик освобождается от исполнения обязательств, принятых по Договору, до момента погашения Страхователем задолженности перед Страховщиком.

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

Медицинский консультант - врач, назначенный Страховщиком для оценки состояния здоровья заявителя/Застрахованного в связи с заявлением на страхование или с заключенным Договором.

Медицинское учреждение - юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Новорожденный - ребенок, с рождения которого не прошло 30 дней.

Необходимые с медицинской точки зрения – это медицинские услуги, препараты, товары и средства оказания медицинской помощи, которые:

- а) соответствуют базовым медико-санитарным потребностям Застрахованного, и
- б) оказываются наиболее приемлемыми с медицинской точки зрения и в условиях, подходящих для оказания таких медицинских услуг, с учетом стоимости и качества обслуживания, и
- в) по типу, частоте и продолжительности лечебных мероприятий соответствуют научно обоснованным нормативам и руководящим документам медицинских организаций, исследовательских организаций или организаций здравоохранения или государственных учреждений, и
- г) соответствуют установленному диагнозу состояния или заболевания, и
- д) требуются по причинам иным, нежели личная выгода Застрахованного или его лечащего врача, и
- е) в соответствии с преобладающими мнениями, изложенными в медицинской литературе, являются:
 - безопасными и эффективными для лечения или диагностирования состояния или заболевания, в отношении которых предложено их оказание / использование, или
 - безопасными с точки зрения перспективной эффективности в случае лечения угрожающего жизни состояния или заболевания в клинко-экспериментальных условиях.

Неотложное медицинское состояние - травма или внезапное, серьезное и неожиданное изменение физического или психического состояния Застрахованного, которое, по заключению лечащего врача или квалифицированного эксперта по оказанию неотложной помощи, может привести к смерти Застрахованного или к серьезному ухудшению его здоровья (например, к потере или постоянной дисфункции конечности, повреждению органов или мозга и/или нарушению их функций), если Застрахованному не будет оказана первая медицинская помощь или лечение.

Несчастный случай – внешнее, кратковременное (до нескольких часов), непреднамеренное, не являющееся следствием заболевания или его лечения, непредвиденное стечение обстоятельств, имевшее место в течение срока страхования, в том числе противоправные действия третьих лиц, включая террористические акты, при котором вопреки воле Застрахованного причиняется вред его здоровью или наступает его смерть. Следующие события также считаются Несчастливыми случаями: попытка спасения людей или грузов в опасности; вдыхание газа или пара, а также абсорбция отравляющих или агрессивных веществ; вывихи, растяжения, разрывы и повреждения мышц, вызванные внезапным усилием; обморожение; утопление.

Обеспечение изделиями медицинского назначения – оплата стоимости протезно-ортопедических изделий, слуховых аппаратов, протезов, инвалидных кресел (и при необходимости - их доставка), выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Обоснованные и общепринятые расходы – это расходы на получение консультации врача, медицинские манипуляции, услуги, препараты, товары и средства оказания медицинской помощи, которые сопоставимы с вероятными расходами на аналогичное по сложности лечение в других медицинских учреждениях сопоставимого уровня (класса) в этом же или соседнем регионе или в

стране в целом, при этом оценка обоснованности подразумевает также учет общепринятых либо рекомендованных уполномоченными органами/организациями методов, планов или протоколов лечения того или иного заболевания, операции или процедуры. В странах, где существуют рекомендованные прейскуранты стоимости медицинских услуг или ведется общедоступная статистика стоимости медицинских услуг, термин «Обоснованные и общепринятые расходы» предполагает учет данных прейскурантов и статистических данных.

Опасные виды спорта – виндсёрфинг; сёрфинг; дайвинг (на глубине до 20-ти метров); катание на водных лыжах, мотороллерах, мопедах и мотоциклах; гидроциклах (аквабайках); квадроциклах; снегоходах; парасейлинг (полеты на парашюте за катером); яхтинг; трассовое катание на горных лыжах и сноуборде.

Отделение реанимации или интенсивной терапии - отделение больницы, которое используется в качестве отделения реанимации или интенсивной терапии, работающее круглосуточно исключительно с целью лечения пациентов в критическом состоянии, оборудованное для предоставления специальных услуг по уходу и медицинских услуг, которые не могут быть предоставлены в другом месте больницы.

Побочное медицинское состояние - это любое заболевание, телесное повреждение или ухудшение здоровья, включая психическое нарушение, вызванное ранее существовавшим заболеванием, или возникающее в результате той же причины, что и ранее существовавшее заболевание.

Предшествующее медицинское состояние – телесное повреждение, заболевание или ухудшение здоровья или связанные с ними симптомы, а также беременность, в отношении которых, до даты начала срока страхования (вступления его в силу):

- врачом или лечебным учреждением рекомендована или оказана медицинская консультация, установлен диагноз, предоставлены лечение или уход, включая использование прописанных лекарств; или
- о которых застрахованному было известно ранее, но в связи с которыми он не обращался за медицинской консультацией или лечением.

Препарат – любое назначенное Врачом вещество или их комбинация, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, улучшения, изменения физиологических функций или установления медицинского диагноза путем осуществления фармакологического, иммунологического или метаболического действия, которые могут выдаваться лицензированной аптекой.

Программа международного добровольного медицинского страхования (далее - Программа) – перечень медицинских и иных услуг (медицинской помощи), составленный Страховщиком, а также лимиты ответственности Страховщика по Программе в целом и по отдельным видам покрытий.

Протез – устройство, которое заменяет весь орган или его часть или частично или полностью заменяет неработоспособную или плохо функционирующую часть тела.

Служба содействия (Ассистанс) – российское или иностранное юридическое лицо, имеющее необходимую квалификацию или лицензию, привлекаемое Страховщиком для непосредственной организации медицинской помощи и оплаты услуг, покрываемых Программой.

Срок свободного ознакомления с условиями страхования – первые 5 дней, начиная с даты начала срока страхования, в течение которых Страхователь-физическое лицо или Страхователь-индивидуальный предприниматель вправе расторгнуть Договор и вернуть уплаченную Страховую премию, при условии отсутствия обращений Застрахованного за предусмотренной Программой медицинской помощью в вышеуказанные дни. Срок свободного ознакомления с условиями страхования не применяется при заключении очередного Договора страхования.

Срок страхования - период времени, определяемый Договором, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

Страхователь – российское или иностранное юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор на условиях настоящих Правил.

Страховщик – АО «СК БЛАГОСОСТОЯНИЕ», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и

физические лица) либо иные надлежащим образом уполномоченные лица в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров и (или) доверенностей.

Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения при наступлении страхового случая по договору страхования.

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором.

Страховая сумма – определенная договором страхования денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой год – двенадцатимесячный период, начиная с даты вступления страхования в силу (с начала срока страхования).

Страховой риск – предполагаемое событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, на случай наступления которого, проводится страхование. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой случай – совершившееся событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Территория преимущественного проживания – страна или группы стран, на территории которых Застрахованное лицо находится более 183 дней в течение 12 месяцев, предшествующих дате определения территории преимущественного проживания.

Террористический акт – акт, включая, помимо прочего, использование силы или насилия и/или угроза такого использования, со стороны любого лица или групп (группы) лиц, действующих самостоятельно или от лица любой организации (любых организаций) или правительства (правительства) или в связи с ними, преследующих политические, религиозные, идеологические или схожие цели, в том числе намерение оказать воздействие на правительство и/или запугать население или его часть; или использование биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, средства или оружия.

Травма – телесное повреждение в результате несчастного случая.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска – это обстоятельства, увеличивающие вероятность наступления страхового случая или размер убытков от его наступления. К таким обстоятельствам могут относиться: смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и/или которая может привести к появлению профессиональных заболеваний, переезд (длительная командировка) в другую страну или в другой климатический пояс, изменение территории преимущественного проживания, появление увлечений, начало занятий видами спорта и отдыха (включая ныряние с аквалангом, занятия парашютным спортом, планеризмом, скалолазание, состязание в скорости (за исключением бега), рафтинг, прыжки с помощью эластичного троса с высоты, спелеологию; авто- и мотоспорт, контактные единоборства, и т.п. виды спорта и отдыха), объективно связанное с повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом. Изменение обстоятельств, сообщенных Страховщику при заключении договора, признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор не был бы заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени

(временная франшиза). Наличие франшизы и ее размер указываются в Договоре страхования или в Программе страхования.

Хирургическая операция - комплекс воздействий на ткани или органы человека, переносимый Застрахованным по медицинским показаниям и осуществляемый квалифицированным Врачом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами в операционном блоке (операционной) Больницы с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей.

Хроническое заболевание – заболевание, последствие телесных повреждений или медицинское состояние, вызывающее необратимые патологические изменения, требующие длительного непрерывного или периодического наблюдения и/или лечения, или оставляющее после себя нарушение трудоспособности. В частности, если заболевание, последствие телесного повреждения или медицинское состояние длится более трех месяцев с даты установления врачом-специалистом и не имеет обоснованного срока завершения/излечения, то оно признается хроническим.

Экспериментальный метод лечения - лечение, процедура, терапевтический курс, оборудование, медицинский препарат или фармацевтический продукт медицинского или хирургического назначения, которые не были общепризнаны безопасными, эффективными и пригодными для лечения заболеваний или травм различными научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, или которые находятся на стадии исследования, изучения, тестирования или любой стадии экспериментальных работ в клинических условиях.

Экстремальные виды спорта – прыжки с парашютом, планеризм, дельтапланеризм, катание на горных лыжах или сноуборде вне предусмотренных трасс, спелеология и прыжки на эластичном канате, сэндбординг; дайвинг на глубину более 20 метров; вейкбординг; флайбординг; дельтапланеризм; кайтсёрфинг; каякинг (сплав на небольшом одноместном судне - каяке); каньонинг; зорбинг; бокинг; бейсджампинг; скейтбординг; маунтинбайк (спуск с горы на специальном велосипеде); Бизон-Трек-Шоу (гонки на тракторах); погинг; роуп-джампинг (прыжки со специальной страховочной веревкой с высоких объектов); руфинг (восхождение на труднодоступные и опасные крыши и шпили высотных зданий без страховки); скалолазание; стантрайдинг; триал; трейнсёрфинг; фрибординг; роллерблейдинг; выполнение трюков или кросса на специальных велосипедах; участие в регатах; мотогонки, автогонки или иные гонках на скорость, а также иные экстремальные (опасные для жизни и здоровья) виды деятельности, способные увеличить риск наступления страхового случая.

3. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Объектом страхования, осуществляемого в соответствии с настоящими Правилами, являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

3.2. Субъектами международного добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, застрахованное лицо, врач, медицинское учреждение и иное лицо, оказывающие медицинскую помощь, а также уполномоченные Страховщиком лица, например, Служба содействия, Андеррайтер / Эксперт по урегулированию страховых событий и Администратор Программы.

3.3. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.4. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи застрахованному лицу при его обращении в медицинское (иное) учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи - в связи с телесным повреждением в результате несчастного случая или в связи с заболеванием, или беременностью или материнством, если это предусмотрено Программой. Доступные для потенциальных страхователей географические зоны оказания данной помощи, виды лечения и особенности возмещения медицинских расходов указываются в Договоре или в утверждаемых Страховщиком на основании настоящих Правил Полисных условиях.

3.5. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за медицинской помощью, которая предусмотрена Договором, Программой или Полисными Условиями, утвержденными Страховщиком на основании настоящих Правил, и которая является необходимой с медицинской точки зрения, повлекшее или могущее повлечь возникновение

соответствующих расходов.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. Если это особо не оговорено Договором, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением медицинской помощи:

а) в состоянии наркотического, токсического опьянения или алкогольного отравления (свыше 3 промилле); или

б) в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем; или

в) в связи с покушением на самоубийство; или

г) в связи с умышленными действиями Застрахованного, приведшими к телесному повреждению или заболеванию; или

д) в связи с травмой, полученной в результате дорожно-транспортного происшествия, если в этот момент Застрахованное лицо находилось за рулем автомобиля, и при этом уровень алкоголя в крови и моче оказался выше уровня, допустимого для поездок на автомобиле в стране возникновения дорожно-транспортного происшествия; или

е) в связи с травмой или заболеванием, полученным в результате заключенного Застрахованным пари или спора; или

ж) в связи с занятием Застрахованным лицом спортом в качестве профессионала; или

з) в связи с занятием Застрахованным лицом экстремальными видами спорта; или

и) в связи с занятием Застрахованным лицом опасным видом спорта, не указанным в заявлении на страхование; или

к) в связи с использованием лекарств без предписания врача; или

л) в связи с использованием экспериментальных методов лечения; или

м) в связи с омолаживающими процедурами, СПА-процедурами, нахождением на диетическом курорте / рекреации; или

н) в связи с медицинской реабилитацией, кроме случая, когда это рекомендовано врачом после покрываемого страхованием по Договору лечения и согласовано со Страховщиком; или

о) в неспециализированном доме престарелых, то есть в котором обеспечивается преимущественно наблюдение, образовательный и реабилитационный уход, а не медицинская помощь; или

п) в связи с беременностью и родами; или

р) в связи со стерилизацией и бесплодием; или

с) для предотвращения зачатия и беременности; или

т) в связи с абортom кроме случаев медицинской необходимости для спасения матери; или

у) в связи с косметическими/эстетическими процедурами, кроме восстановительного лечения после несчастного случая; или

ф) в связи с корректирующей глазной хирургией (кератэктомия и кератотомия, включая методы ЛАСИК и ЛАСЕК), кроме случаев рефракционного заболевания роговицы (в этом случае хирургия покрывается аналогично другими хирургическим операциям, если они предусмотрены Договором);

х) в связи с коррекционным обучением; или

ц) в связи с операцией по изменению пола, подготовкой к ней и связанному с изменением пола лечением; или

ч) в связи с облысением, подбором и изготовлением парика и/или вживлением волос и всем видам лечения выпадения волос; или

ш) в связи с любым лечением членами семьи Застрахованного лица, даже если они являются врачами.

4.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие воздействия ядерного или химического загрязнения, радиации или радиоактивного заражения, войны, восстания, революции, террористических актов или иных похожих ситуаций при следующих условиях:

а) если Застрахованный подверг себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж; или

- б) если Застрахованный был активным участником вышеуказанных действий; или
- в) если Застрахованный не принял меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

4.3. Если это особо не оговорено Договором, страховым случаем не признается страховой риск:

- а) если соответствующая медицинская помощь оказывается в связи с предшествующим медицинским состоянием или связанным с ним побочным медицинским состоянием; или
- б) если соответствующая медицинская помощь оказывается после даты окончания срока страхования; или
- в) если заболевание прямо или косвенно связано с заболеваниями, перечисленными в пп. 5.3. и 5.4 Правил; или
- г) если заболевание диагностировано или его лечение проводилось врачом, не имеющим необходимой квалификации; или
- д) если заболевание диагностировано (в том числе если это следует из медицинских документов) или его лечение проводилось в течение Выжидательного периода, если он предусмотрен Договором; или
- е) реализующийся в результате болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфицированием или с венерическим заболеванием; или
- ж) реализующийся во время исполнения судебного акта и (или) во время пребывания в местах лишения свободы или в период нахождения его под стражей, или во время осуществления следственных мероприятий; или
- з) реализующийся в неоплаченный период срока страхования (в случае неоплаты страховой премии / взноса в размере и сроки, установленные Договором); или
- и) если диагностирование заболевания или проводимое лечение или необходимость проведения сложной хирургической операции связаны с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или интоксикацией в результате приема алкоголя или психотропных, наркотических или галлюциногенных веществ.

4.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением любой стоматологической помощи или в связи с зубопротезированием.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ, О КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО СООБЩИТЬ СТРАХОВЩИКУ ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Для заключения Договора заявитель направляет назначенному Страховщиком Администратору Программы письменное заявление установленной формы, либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор.

В заявлении на страхование должны быть указаны:

- а) фамилия, имя, отчество, дата рождения, полный адрес фактического места жительства Застрахованного, иные данные по требованию Страховщика. Данные о Застрахованных лицах могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование;
- б) наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь – юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель; либо фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации, паспортные данные, номер телефона, если Страхователь – физическое лицо, при этом Страховщик также вправе требовать от Страхователя заполнения анкеты клиента-публичного лица или его родственника;
- в) предполагаемые виды медицинской помощи, перечень медицинских и иных услуг (Программа), страховая сумма и лимиты страховых выплат по отдельным видам услуг (если таковые имеются);
- г) срок, на который заключается договор страхования;
- д) другие данные, которые может запросить Страховщик для решения вопроса о возможности заключения Договора страхования.

Страховщик вправе потребовать заполнения анкеты о состоянии здоровья и(или) медицинского освидетельствования лица, заявленного на страхование. При необходимости, по требованию Страховщика, лицо, заявленное на страхование, обязано предоставить выписку из амбулаторной /

медицинской карты и иные документы, подтверждающие сведения, заявленные в анкете, а также - заполнить анкету клиента-публичного лица или его родственника.

В случае отказа лица, заявленного на страхование, от заполнения анкеты или отказа от предоставления вышеупомянутых документов Договор в отношении такого лица не заключается.

Заявление на страхование и иные документы и сведения, предоставляемые для заключения Договора, а также оферта, выпущенная Страховщиком для Страхователя, Программа страхования и Полисные условия являются неотъемлемой частью Договора.

5.2. Договор страхования может быть заключен в отношении физических лиц, относящихся к следующим категориям:

- граждане РФ;
- постоянно или временно проживающие в РФ на законных основаниях иностранные граждане и лица без гражданства;
- высококвалифицированные специалисты и члены их семей (в смысле Федерального закона N 115-ФЗ от 25 июля 2002 года «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»);
- временно пребывающие в РФ иностранные граждане и лица без гражданства следующих категорий:
 - работающие по трудовому договору или по договору гражданско-правового характера, предметом которого являются выполнение работ и оказание услуг, а также по авторскому и лицензионному договору;
 - самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты).

Лица, въезжающие на территорию РФ на основании деловых или туристических виз, не могут быть застрахованными.

Договор может быть заключен в отношении Страхователя-физического лица, его родственника или члена семьи, в том числе лица, находящегося со Страхователем в фактически брачных отношениях (брак, не зарегистрированный в законном порядке в органах государственной власти).

5.3. Лицо, имеющее на момент заключения Договора или перенесшее ранее любое из нижеперечисленных заболеваний, состояний или статусов, может быть застраховано только с согласия Страховщика при условии, что о наличии у данного лица соответствующего заболевания, состояния или статуса Страховщик был письменно уведомлен лицом, заявленным на страхование, или Страхователем до заключения Договора:

- установленное на момент подачи заявления на страхование или перенесенное в течение пяти лет, непосредственно предшествующих этому моменту, онкологическое заболевание. Под онкологическим заболеванием понимается рак или злокачественное новообразование любого типа, включая болезнь Ходжкина; неинвазивные опухоли (рак *in situ*), или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты; метастазы;
- любой вид опухоли или кисты головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух, или спинного мозга;
- с диагнозом лейкемии или любого заболевания крови, требующего лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
- установленное на момент подачи заявления на страхование или перенесенное в течение пяти лет, непосредственно предшествующих этому моменту, заболевание сердца (например, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенные инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм, ишемическая болезнь сердца);
- заболевание, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;
- системное поражение соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- состояние ожирения, при котором индекс массы тела превышает 37.0 (индекс массы тела

рассчитывается как отношение массы тела человека (в килограммах) к квадрату его роста, (в метрах);

- инсульт или кровоизлияние в мозг;
 - любая форма диабета;
 - психическое расстройство и расстройство поведения;
 - туберкулез;
 - хронический гепатит В, С, Е, F, G, аутоиммунный;
 - инвалидность;
 - СПИД/ВИЧ;
 - амиотрофический латеральный склероз (болезнь Шарко);
 - болезнь Альцгеймера;
 - аневризма любого сосуда;
 - анкилозирующий спондилит;
 - аутизм;
 - церебральный паралич;
 - цирроз печени;
 - фиброз мочевого пузыря;
 - любые заболевания в декомпенсированной форме (не поддающиеся контролю);
 - все состояния, в связи с которыми на момент подачи заявления на страхование идет обследование.
- синдром Дауна;
 - расстройства, связанные с приемом пищи;
 - гемохроматоз;
 - любой вид гемофилии;
 - системная красная волчанка;
 - системный атеросклероз ;
 - миастения Грэвиса;
 - состояние после трансплантации органов;
 - болезнь Паркинсона;
 - распространенный поликистоз почек;
 - полимиозит;
 - синдром Рейтера;
 - саркоидоз;
 - шизофрения;
 - болезнь Виллебранда;
 - болезнь Вильсона;

Указанное условие является существенным согласно ст.432 Гражданского кодекса РФ, и в случае его несоблюдения в отношении такого Застрахованного лица Договор считается незаключенным и Страховщик отказывается в страховой выплате (не возмещаются любые расходы и/или не производится организация медицинской помощи). Кроме того, Договор может быть признан недействительным полностью или в части в судебном порядке на основании ст.944 Гражданского кодекса РФ.

5.4. При наличии у лица, заявленного на страхование, каких-либо заболеваний, Страховщик вправе установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности, и/или установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск, и/или исключить из покрытия отдельные заболевания/состояния и их последствия/осложнения, а также возможные производные заболевания, или отказать в страховании на основании пункта 1 Статьи 9 Федерального Закона Об организации страхового дела в Российской Федерации, поскольку событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, не обладает признаками вероятности и случайности его наступления.

5.5. В Договоре указываются:

- а) субъекты страхования;
- б) Программа страхования, включая страховые суммы, лимиты, франшизы и, при необходимости, перечень или уровень лечебных учреждений, а также иная необходимая информация;
- в) особые условия страхования, если они предложены Страховщиком по результатам оценки состояния здоровья Застрахованного лица и иных факторов, влияющих на степень страхового риска;
- г) размер и порядок уплаты страховой премии;
- д) срок действия Договора и срок страхования;
- е) утвержденные Страховщиком на основании настоящих Правил Полисные условия, если Договор заключается в соответствии с Полисными условиями.

Все сведения, получаемые от Страхователя и Застрахованного лица в письменной форме при заключении Договора и в связи с ним, признаются его существенными условиями.

5.6. Страховщик оформляет и передает Страхователю Сертификат или Полис, подтверждающий заключение Договора. По соглашению Сторон, Сертификат или Полис может быть, подписан с использованием факсимильного воспроизведения подписей уполномоченных лиц Страховщика.

5.7. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком и его партнерами (например, Медицинским консультантом, Андеррайтером / Экспертом по урегулированию страховых

событий, Администратором программы, Службой содействия / Ассистансом, перестраховщиком) их персональных данных для осуществления международного добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, его администрирования, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений, и др.

Под персональными данными в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Во исполнение обязательств по Договору Страховщик также вправе передавать персональные данные Застрахованных лиц врачам, медицинским и иным учреждениям, предусмотренным договором страхования, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные о застрахованных лицах. При этом врачи, вышеуказанные учреждения и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных застрахованных лиц. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия застрахованного лица.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.

5.8. Соглашения об изменении и досрочном прекращении действия договора страхования оформляются путем составления единого документа, подписанного обеими сторонами договора страхования.

5.9. Договор страхования вступает в силу с даты начала срока страхования, указанной в Договоре, однако ответственность Страховщика по Договору начинается не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого предусмотренного Договором страхового взноса).

5.10. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

5.11. Договор страхования заключается сроком один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного Договора.

5.12. Если иное не установлено по соглашению сторон Договора, на страхование не принимаются лица старше 64 лет, за исключением случаев заключения очередного Договора согласно Статье 11 Правил.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма по Договору устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого застрахованного лица.

6.2. Договором может быть предусмотрена страховая сумма по Программе в целом и/или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу. Также Договором могут быть предусмотрены лимиты страховых выплат по совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам), в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или по сочетанию видов медицинской помощи, по каждому страховому случаю или по всем случаям той или иной природы, на весь срок страхования либо на его часть. Также Договором

может быть предусмотрен лимит ответственности Страховщика с учетом возможного заключения очередных Договоров (продлений) в отношении Застрахованного лица.

6.3. Установленная Договором страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в течение действия договора страхования по конкретной Программе, виду помощи или заболеванию (если отдельные страховые суммы по видам помощи или заболеваниям предусмотрены договором).

6.4. Договор страхования считается исполненным Страховщиком в полном объеме в части отдельной Программы или в целом и прекращает свое действие в части отдельной Программы или в целом с момента, когда страховые выплаты по Программе / договору страхования достигнут размера соответствующей страховой суммы.

6.5. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. При заключении договора страхования Страховщик определяет размер страховой премии, которую должен уплатить Страхователь. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения договора страхования страховыми тарифами, исходя из условий Договора, с учетом объекта страхования, характера страхового риска и срока страхования.

7.2. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска):

а) пол, возраст;

б) объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);

в) срок действия договора;

г) общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;

д) ценовая категория медицинских учреждений и их география;

е) применение франшизы, её вид и размер.

ж) территория преимущественного проживания;

з) состояние здоровья лица, заявленного на страхование, по результатам медицинского анкетирования и, при необходимости, дополнительного медицинского обследования.

7.3. Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов риска. Для оценки степени страхового риска Страховщик вправе использовать экспертное мнение Медицинского консультанта, Андеррайтера / Эксперта по урегулированию страховых событий, Администратора программы и Перестраховщика.

7.4. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения / сокращения перечня, организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг включаемых в конкретную Программу, а также о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи.

7.5. Размер страховой премии указывается в Договоре. Договором может предусматриваться уплата страховой премии один раз за весь срок страхования, или в рассрочку - страховыми взносами один раз в полгода.

7.6. Страховые взносы подлежат уплате до дат, указанных в Договоре. Если задолженность по оплате страхового взноса погашается до окончания Льготного периода, то Страховщик несет свои обязательства по Договору в полном объеме, в том числе по событиям, произошедшим в период наличия задолженности Страхователя по уплате взноса.

7.7. Страховщик вправе установить минимальную и максимальную суммы страховой премии

7.8. Страховая премия перечисляется на счет Страховщика путем безналичных расчетов. Если иное не предусмотрено Договором, обязанность Страхователя по уплате очередного страхового взноса считается выполненной:

а) при оплате с использованием платежной карты – на дату подтверждения данной транзакции,

полученного от процессингового центра платежной системы;

б) при оплате через учреждение банка – на дату оформления документа, выдаваемого учреждением банка в подтверждение принятия денежных средств плательщика

в) при оплате банковским переводом (почтовым переводом) – на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре.

7.9. При уплате страховой премии в безналичной форме Страхователь обязан в платежном поручении ссылаться на номер и дату счета, на основании которого производится уплата страховой премии, и номер договора страхования, по которому уплачивается страховая премия. Премия считается уплаченной в момент зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

7.10. Страховая премия уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7.11. Если Договором между Страховщиком и Страхователем-юридическим лицом не предусмотрено иное, при изменении условий Договора в связи с изменением состава и численности Застрахованных, либо в связи с изменением ответственности Страховщика по Договору страховой взнос, подлежащий доплате или возврату, пересчитывается прямо пропорционально неистекшему сроку страхования на основании тарифов и методов, которые применялись Страховщиком при заключении Договора, и с учетом пункта 7.12 Правил. Возврат части страховой премии либо ее доплата, по усмотрению Страховщика, могут быть отложены до момента следующего изменения состава и численности Застрахованных либо до окончания срока страхования, и урегулированы в порядке взаимозачетов со Страхователем.

7.12. Если Договором между Страховщиком и Страхователем-юридическим лицом не предусмотрено иное, из части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю пропорционально неистекшему сроку страхования, Страховщик вправе удержать сумму расходов на ведение дела согласно утвержденной Страховщиком структуре тарифной ставки, а также сумму страховых возмещений, выплаченных либо заявленных к выплате в отношении Застрахованных лиц, которым были оказаны медицинские услуги, покрываемые страхованием по Договору, и сформированные Страховщиком резервы убытков по заявленным, но не урегулированным страховым случаям. Расчет суммы, удерживаемой из подлежащей возврату Страхователю части страховой премии, может быть отсрочен Страховщиком на срок до 65 рабочих дней со дня получения Страховщиком уведомления Страхователя об изменении списка застрахованных лиц.

8. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИНЫХ УСЛУГ

8.1. Для получения предусмотренной Договором/Программой страхования медицинской помощи, Застрахованное лицо обращается в Службу Содействия / Ассистанс или в любое медицинское учреждение, расположенное на территории действия страхования, предусмотренной Договором/Программой страхования, соблюдая требования о предварительной авторизации, предусмотренные Программой.

Компенсация расходов, понесенных Застрахованным лицом в соответствии с условиями настоящего пункта производится Страховщиком в порядке, определенном Статьей 9 настоящих Правил, однако, если Застрахованный требует организации для него консультаций/наблюдения или лечения/операции у конкретного врача или в конкретном учреждении, или самостоятельно организовал такую консультацию/наблюдение, лечение или операцию, то независимо от того, какова фактическая стоимость данной консультации/наблюдения, лечения или операции, объем возмещения Страховщиком не превысит уровня обоснованных и общепринятых расходов, как они определены согласно статье «Терминология» настоящих Правил.

9. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу медицинским учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, а также медицинские услуги, которые не оплачиваются Страховщиком, определяется выбранной Страхователем Программой.

9.2. Страховая выплата в объеме, предусмотренном Программой, с учетом особых условий, если они предусмотрены Договором, осуществляется Страховщиком при условии, что страховые взносы уплачивались в размере и в сроки, установленные Договором.

9.3. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

9.4. В случае выплаты Застрахованному лицу страховая выплата производится независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

9.5. Страховая выплата по Договору может осуществляться Страховщиком:

а) в виде оплаты стоимости организованной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно Врачу или в медицинское учреждение согласно выставленным счетам – в срок, не превышающий 60 рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанные медицинские услуги не предусмотрено между Страховщиком и соответствующим Врачом или лечебным учреждением. Срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 рабочих дней с момента получения счета от Врача или от медицинского учреждения. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 60 рабочих дней.

б) в виде возмещения Застрахованному лицу его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные Застрахованным лицом расходы. При этом возможность такой выплаты и условия ее получения определяются Договором или Программой страхования.

9.6. Для принятия Страховщиком решения о выплате страхового возмещения Застрахованное лицо (если Застрахованный не достиг совершеннолетия, то действовать от его имени по Договору может любой из родителей или иной законный представитель) обязано по возможности в течение 15 дней с момента обращения в медицинское учреждение по событию, обладающему признаками страхового случая, предоставить Страховщику следующие документы:

а) письменное заявление на получение страхового возмещения;

б) документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному лицу (выписка их истории болезни, выписной эпикриз), направление на оказание медицинской помощи в амбулаторных и/или стационарных условиях;

в) оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказание услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении;

г) в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения;

д) в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом на комплексное профилактическое медицинское обследование, документы, подтверждающие их назначение семейным врачом (врачом общей практики, терапевтом) и врачом-специалистом медицинского учреждения, оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения и подробного перечня оказанных услуг и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказание услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении.

Документы, предъявляемые на иностранном языке, могут приниматься Страховщиком без перевода.

Также в случае, если обращение за медицинской помощью обусловлено травмой, Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица объяснений обстоятельств травмы, и, при необходимости, официальную справку из правоохранительных и иных компетентных органов, если

травмы получены при обстоятельствах, регистрируемых соответствующими органами.

В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.п.) Страховщик вправе отсрочить принятие решения по данному случаю до предоставления документов надлежащего качества.

9.7. Помимо документов, указанных в пункте 9.6. настоящих Правил, Страховщик имеет право запросить у Застрахованного дополнительные медицинские документы для уточнения медицинских деталей. При необходимости, Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем до получения запрошенных документов и / или заключения медицинского учреждения (эксперта).

В целях объективного рассмотрения заявления о страховом случае Застрахованный обязан предоставить письменное согласие на передачу Страховщику и его партнерам (Администратору, Андеррайтеру/Эксперту по урегулированию страховых случаев и Службе содействия) сведений, составляющих врачебную тайну, медицинскими учреждениями, в которых Застрахованный проходил лечение или диагностику. Отсутствие такого письменного согласия будет рассматриваться Страховщиком как явный отказ от предоставления сведений, необходимых для принятия решения о признании события страховым и, как следствие, отказ от права Застрахованного лица на получение страховых выплат по данному случаю.

9.8. Решение о признании реализовавшегося страхового риска страховым случаем принимает Страховщик, руководствуясь Правилами, на основании документов, предоставленных Застрахованным. Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты без предоставления части документов, указанных в пункте 9.6 Правил, предоставления документов в иной форме или предоставления иных документов, аналогичных указанным в пункте 9,6 Правил, если на основании представленных Застрахованным документов представляется возможным сделать вывод об обстоятельствах наступления страхового случая и исключить обстоятельства, указанные в пункте 5,3 Правил. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании страхового риска страховым случаем до выяснения обстоятельств его наступления, до получения заключения Медицинского консультанта, назначенного Страховщиком (и оплачиваемого за счет Страховщика) для выяснения состояния здоровья Застрахованного лица после получения им медицинской помощи, а также для выяснения состояния здоровья Застрахованного лица на дату начала страхования. Отказ Застрахованного лица пройти осмотр у Медицинского консультанта будет рассматриваться Страховщиком как явный отказ от предоставления сведений, необходимых для принятия решения о признании события страховым и, как следствие, отказ от права Застрахованного лица на получение страховых выплат по данному случаю.

9.9. Страховщик в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты получения комплекта документов, указанного в п.9.6 Правил, осуществляет принятие решения и осуществляет выплату страхового возмещения Застрахованному лицу или направляет обоснованный отказ в страховой выплате. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов на предмет их относимости к страховому случаю и объему страхового покрытия, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному лицу.

9.10. Страховое возмещение выплачивается, путем перечисления на счет застрахованного лица (или иного лица, указанного в заявлении) в любом банке Российской Федерации, указанном в заявлении.

9.11. Страховщик имеет право отказать в оплате стоимости организованной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) или в страховой выплате самому Застрахованному лицу, если:

- а) медицинская помощь оказана Застрахованному лицу при отсутствии страхового случая;
- б) услуга, оказанная Застрахованному лицу, не входит в Программу;
- в) суммарная (за весь срок страхования) сумма расходов, заявленных к возмещению Страховщику, достигла размера страховой суммы или лимита, предусмотренных Программой;
- г) Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение после окончания срока действия страхования, либо до начала действия страхования.

9.12. Если страховая выплата осуществляется в форме возмещения Застрахованному понесенных им расходов, и если эти расходы были понесены в валюте, отличной от валюты, в которой установлена страховая сумма по Договору, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс, установленный Центральным Банком Российской Федерации на день, когда соответствующая сумма была уплачена Застрахованным наличными либо списана с его банковского счета.

9.13. Если страховая выплата осуществляется в форме прямой оплаты Страховщиком медицинских услуг Врача или лечебного учреждения, и, если эти расходы были понесены в российских рублях, а страховая сумма по Договору установлена в иностранной валюте, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс, установленный Центральным Банком Российской Федерации на день, когда соответствующая сумма была списана с банковского счета Страховщика или Службы содействия.

9.14. Если страховая выплата осуществляется в форме прямой оплаты медицинских услуг Врача или лечебного учреждения, и если эти расходы были понесены в иностранной валюте, отличной от валюты, в которой установлены страховая сумма по Договору, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс согласно сайту www.oanda.com на день, когда соответствующая сумма была списана с банковского счета Страховщика или Службы содействия.

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:

а) истечения срока, на который был заключен договор страхования;

б) при неуплате Страхователем очередного страхового взноса в Льготный период – с даты, указанной в письменном уведомлении Страховщика, но не ранее даты, указанной в договоре страхования, как дата, следующая за датой уплаты очередного страхового взноса и отправки такого уведомления;

в) исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме в размере страховой суммы, установленной в договоре страхования – с даты исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме. По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с информацией об исполнении им своих обязательств по договору страхования в полном объеме с соблюдением Правил о тайне персональных данных застрахованного;

г) отказа Страхователя от договора страхования – с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;

д) в случае смерти Застрахованного лица (договор страхования прекращается в отношении такого Застрахованного лица) – с даты смерти Застрахованного лица на основании свидетельства о смерти или решения суда, которым Застрахованное лицо объявлено умершим;

е) по соглашению между Страхователем и Страховщиком – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;

ж) по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и (или) договором страхования – с даты, указанной в письменном уведомлении Страховщика, но не ранее даты отправки такого уведомления;

з) полного отзыва субъектом персональных данных, предоставленных Страхователем и/или застрахованным лицом, согласия на обработку персональных данных в соответствии с Правилами – с даты получения Страховщиком заявления об отзыве персональных данных и / или запрете на обработку этих данных или даты, указанной в этом заявлении, если она позже даты получения. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования и уплаченная по договору страхования премия возврату не подлежит;

и) если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного лица будут впервые диагностированы заболевания, из числа указанных в п.5.3 Правил, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного лица;

к) в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором.

10.2. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страховщика в случае отказа Страхователя от внесения изменений в Договор в связи с появлением фактора существенного увеличения степени страхового риска. Договор также может быть досрочно прекращен Страховщиком, если с даты приостановления действия страхования истекло более тридцати дней.

10.3. В случае отказа Страхователя-физического лица или Страхователя-индивидуального предпринимателя от Договора до начала срока страхования или в течение срока свободного ознакомления с условиями страхования Страховщик возвращает такому Страхователю 100% уплаченной страховой премии. В случае отказа такого Страхователя от Договора по истечении срока свободного ознакомления с условиями страхования, при условии отсутствия обращений в этот период за предусмотренной Программой медицинской помощью, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в зависимости от числа дней, прошедших с даты начала страхования до даты получения письменного отказа Страхователя от Договора, согласно следующей таблице:

Число дней	15-60	60-120	120-180	180-240	240-300	Более 300
% страховой премии, подлежащей возврату	45%	35%	25%	15%	5%	0%

Возврат части страховой премии, рассчитанной согласно данному пункту, осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком уведомления Страхователя.

10.4. В случае требования Страхователя-физического лица или Страхователя-индивидуального предпринимателя о досрочном прекращении Договора после обращения Застрахованного за предусмотренной Программой медицинской помощью, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в зависимости от числа дней, прошедших с даты начала страхования до даты получения письменного уведомления Страхователя о досрочном прекращении Договора, согласно Таблице, указанной в пункте 10.3, при этом из возвращаемой части страховой премии Страховщик удерживает все понесенные Страховщиком расходы по страховым случаям, а также сформированные резервы убытков по заявленным, но не урегулированным страховым случаям. Выплата рассчитанной согласно данному пункту суммы осуществляется в течение 65 рабочих дней со дня получения Страховщиком уведомления Страхователя.

В случае если расчетное значение данной суммы имеет отрицательное значение, то доплата страховой премии Страхователем не осуществляется.

10.5. В случае смерти Страхователя, часть обязанностей Страхователя по которому исполнена Застрахованным или иным лицом, Страховщик обязан предложить наследнику Страхователя осуществить смену Страхователя в Договоре в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ.

10.6. В случае, если Страхователь определенно выразит намерение прекратить Договор, часть обязанностей Страхователя по которому исполнена Застрахованным или иным лицом, Страховщик обязан предложить Страхователю осуществить смену Страхователя в Договоре в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ.

11. Заключение очередного Договора

11.1. Для заключения очередного Договора Страхователь направляет Страховщику письменное заявление, содержащее уведомление Страховщика о продлении страхования на новый срок длительностью не более одного года, если иное не предусмотрено письменным соглашением Сторон, при этом Страховщик оставляет за собой право изменить страховую премию при заключении очередного Договора - с учетом утвержденных Страховщиком тарифов, действующих на дату заключения очередного Договора, и возможных факторов существенного увеличения степени страхового риска.

11.2. Страхователю предоставляется 30 календарных дней для заключения очередного Договора. В этом случае действие нового Договора начинается с момента окончания предыдущего. Ответственность Страховщика по очередному Договору возникает лишь при условии предварительного (до наступления страхового случая) обращения Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении очередного Договора с последующей оплатой страховой премии в течение указанного тридцатидневного периода, если иные условия оплаты страховой премии по Договору не установлены соглашением сторон.

11.3. Заключение очередного Договора в отношении лиц старше 100 (ста) лет не допускается.

11.4. Если на момент заключения очередного Договора у Страховщика действует новая редакция Правил страхования, то заключение очередного Договора осуществляется на основании новых Правил страхования.

11.5. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, то в случае заключения очередного Договора страхования он сохраняет действие в отношении заболеваний Застрахованного лица, впервые диагностированных во время действия предыдущих Договоров страхования, при условии непрерывной последовательности заключений очередных Договоров страхования.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

12.1. Страхователь вправе:

- а) требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты, либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;
- б) досрочно прекратить действие договора страхования;
- в) прекратить в отношении Застрахованного лица действие договора страхования;
- г) требовать от Страховщика или от назначенного им Администратора Программы разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

12.2. Страхователь обязан:

- а) своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;
- б) предоставить Страховщику по его требованию достоверную информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц;
- в) передать Застрахованному лицу необходимые страховые документы, определенные Правилами, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить застрахованному лицу условия договора страхования;
- г) своевременно сообщить Страховщику об изменении своих персональных данных, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества застрахованного лица и его фактического места жительства и пр.
- д) своевременно письменно сообщать Страховщику о ставших ему известными факторах увеличения степени риска.

12.3. Страховщик вправе:

- а) проверять полученную от Страхователя и Застрахованного лица информацию;
- б) потребовать от Страхователя предоставления дополнительных документов или проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья с целью определения вероятности наступления страхового случая.
- в) досрочно прекратить Договор в отношении Застрахованного лица, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных Договором и Правилами, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора Страхователю и Застрахованному лицу;
- г) досрочно прекратить договор страхования в предусмотренных Правилами и/или договором страхования случаях;
- д) в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения - потребовать досрочно прекратить договор страхования;
- в) отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, или, если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в праве Застрахованного на получение страховой выплаты – до тех пор, пока он не представит Страховщику необходимые доказательства;

12.4. Страховщик обязан:

- а) организовать и оплатить, либо только оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

б) контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими учреждениями;

в) осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) договором страхования;

г) выдать застрахованному лицу страховые документы, предусмотренные Правилами, а при их утрате – дубликат.

12.5. Застрахованное лицо вправе:

а) требовать от Страховщика или назначенного им Администратора организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

б) требовать от Страховщика или его Службы содействия / Ассистанса возмещения (с учетом франшизы) личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи;

в) сообщать Страховщику или Администратору Программы в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

г) при утрате страховых документов получить их дубликат;

д) требовать от Страховщика или Администратора Программы разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

е) обратиться к Страховщику или Администратору за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

12.6. Застрахованное лицо обязано:

а) при заключении договора по требованию Страховщика пройти обследования для оценки фактического состояния здоровья;

б) соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

в) соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

д) своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

е) при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

ж) уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;

з) при отсутствии возможности, необходимости или желания воспользоваться медицинскими услугами в медицинском учреждении, услугами медицинской помощи на дому или услугами скорой медицинской помощи, установленной застрахованным лицом после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о получении данной медицинской помощи, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения медицинского учреждения, вызова врача на дом или бригады скорой медицинской помощи.

12.7. Договором или конкретной Программой страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

13. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

13.1. В соответствии с настоящими Правилами считается конфиденциальной следующая информация:

а) о сумме страховой премии, уплаченной по договору страхования;

б) о персональных данных застрахованного лица: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания, телефон;

в) о персональных данных застрахованного лица специальной категории: данных о состоянии

здоровья застрахованного лица, о заболеваниях застрахованного лица, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.

13.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации. Однако Страховщик имеет право передавать своим партнерам (Андеррайтеру/Эксперту по урегулированию страховых событий, Службе содействия/Ассистансу, Администратору, перестраховщику или состраховщику) в необходимых объемах сведения о лице, заявленном на страхование, для оценки степени страхового риска, для заключения договора перестрахования или сострахования, для рассмотрения событий, обладающих признаками страхового случая, и для урегулирования страховых случаев.

14. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

14.1 При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия - в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

14.2 Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках Договора, являются его составной частью. К таким документам относится анкета о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, а также иные документы и сведения, необходимые для заключения Договора и осуществления страховой выплаты, заявление на страхование, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в страховом полисе, а также все относящиеся к договору страхования надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

14.3 Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей, Застрахованных и Выгодоприобретателей при уплате ими страховых взносов или получении ими страховых выплат или выкупных сумм.

14.4 Если иное не предусмотрено Договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы Страховщик оставляет за собой право отказать в принятии страховых взносов или задержать выполнение своих обязательств по Договору, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы, сбои в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.

14.5 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 стороны обязаны уведомить друг друга в течение 30 (тридцати) дней со дня наступления изменений. 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 доставленными, хотя бы сторона по тому адресу более не находится или не проживает.

14.6 Все споры по Договору страхования между Сторонами, при недостижении взаимного согласия по их урегулированию, разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

14.7 Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а так же при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.

14.8 Право на предъявление к страховщику претензий по договору страхования сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством РФ.