

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора
ООО Страховая Компания
«Кредит Европа Лайф»
№ 66 от «25» октября 2019г.

«25» октября 2019г.



ПРАВИЛА

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ
5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ
6. СТРАХОВАЯ СУММА
7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ
9. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА
11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
12. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
13. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «Кредит Европа Лайф» (ООО Страховая компания «Кредит Европа Лайф») (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования¹ (далее - договор страхования или договоры страхования).

1.2. Договором добровольного медицинского страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного договором страхования события (страхового случая), совершившегося в период действия договора страхования осуществить страховую выплату в счет оплаты организации и оказания необходимой Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, определенного объема и качества, предусмотренных указанными в договоре страхования программами добровольного медицинского страхования (Программа страхования).

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

На условиях настоящих Правил, договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных физических лиц.

1.3. Определения, наименования и понятия, используемые в Правилах, в ряде случаев специально поясняются. Если значение какого-либо понятия или наименования не оговорено в Правилах и не может быть определено исходя из законодательных и иных нормативных актов, то применяется его обычное лексическое значение.

Медицинские услуги (медицинская помощь) - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.

Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования) - перечень и объем медицинских и иных услуг, составленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа страхования может также содержать конкретный перечень медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо, в соответствии с условиями договора страхования, может получить медицинские и (или) иные услуги, а также конкретный перечень исключений из Программы страхования (в том числе индивидуальные исключения), франшизы и предусматривать определенный порядок оказания медицинских и иных услуг.

Программа страхования может включать в себя оказание медицинских и иных услуг по поводу острого заболевания, хронического заболевания и его обострения, травмы, включая ожоги, обморожения и т.п., отравления. Программа страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования.

Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования Программы страхования являются приложением к соответствующим договорам страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные Программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных Программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

Лекарственные средства - включенные в Программу и выписанные лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения (при необходимости включая их доставку) либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственные средства.

Изделия медицинского назначения - протезно-ортопедические изделия, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, имплантаты и др. (включая, при необходимости, расходы на их

¹Договоры добровольного медицинского страхования являются для целей налогообложения Страхователей и Застрахованных лиц в части страховых взносов и страховых выплат договорами, предусматривающими возмещение медицинских расходов.

доставку), включенные в Программу страхования и выписанные (назначенные) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения (организации) либо выписанные (назначенные) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения (организации).

Медико-транспортные услуги - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям в соответствии с условиями договора страхования и Программой страхования.

Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица или его останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями договора страхования и Программой страхования.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в этом же лечебном учреждении (включая питание и иные сервисные услуги), сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание нахождение при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

Франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования, и 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.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). Условная/безусловная франшиза определяется обеими сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

В договоре страхования также может быть установлена временная франшиза (период ожидания) – период времени с момента вступления договора страхования в силу, или другой период времени, при обращении в течение которого Застрахованных лиц за получением медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных услуг, страховые выплаты не производятся.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы: по Программе, по виду услуг или их комбинации, по каждому страховому случаю, по отдельным заболеваниям, для отдельных Застрахованных лиц (групп Застрахованных лиц), по любому иному признаку.

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

Индивидуальная страховая сумма - денежная сумма, которая определена на одно Застрахованное лицо в порядке, установленном коллективным договором страхования на каждое Застрахованное лицо при его заключении.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая в соответствии с условиями договора страхования и Программой страхования.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

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. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

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

Страховой взнос - часть страховой премии или периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем при уплате ее в рассрочку.

Территория страхования - территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая. Договор страхования действует на территории Российской Федерации. Стороны могут предусмотреть расширение перечня стран, на территории которых действует договор страхования в отношении Застрахованного лица.

Срок действия договора страхования – срок, на который заключен договор страхования, в течение которого могут наступить страховые случаи.

Период страхования (срок страхования) - период времени в пределах срока действия договора страхования, в течение которого могут произойти страховые случаи, и за который уплачена страховая премия или первый страховой взнос.

Лимит выплат (лимит возмещения) - максимально возможная сумма страховой выплаты по отдельным рискам и (или) по одному или нескольким страховым случаям, по любому иному признаку, установленная договором страхования.

Сайт Страховщика - официальный сайт ООО Страховая компания «Кредит Европа Лайф» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», принадлежащий страховой организации и содержащий информацию о ней, созданный в соответствии с пунктом 6 статьи 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015 1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.4. По соглашению между Страховщиком и Страхователем при заключении договора страхования или в период действия договора страхования отдельные положения настоящих Правил могут быть изменены (исключены или дополнены) в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.5. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

При этом размещение указанной информации на официальном сайте Страховщика не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу, в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем страховой организации или третьим лицом, действующим от имени Страховщика. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

1.6. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования формировать Полисные условия страхования или Выдержки из Правил страхования к отдельному договору или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования. Полисные условия или Выдержки из Правил страхования прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.7. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке. Страховщиком по договору страхования является ООО Страховая компания

«Кредит Европа Лайф», 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), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

2.2. Страхователь - российское или иностранное юридическое лицо, или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.3. Застрахованное лицо (Застрахованный) - названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

Застрахованным может быть лицо в возрасте от 0 до 99 лет.

Договор страхования может быть заключен только если Страхователь письменно уведомил Страховщика в отношении лиц, имеющих на момент заключения договора страхования следующие заболевания и (или) их осложнения:

2.3.1. ВИЧ-инфекция, СПИД.

2.3.2. Особо опасные инфекционные болезни, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь.

2.3.3. Наркологические заболевания (психические и поведенческие расстройства, соответствующие кодам F 10-19 (кроме F17 (табакокурение)) и F63.0 МКБ-10).

2.3.4. Психические расстройства и расстройства поведения.

2.3.5. Злокачественные новообразования, гемобластозы.

2.3.6. Туберкулез.

2.3.7. Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения.

2.3.8. Системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы.

2.3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа.

2.3.10. Хронические гепатиты С, Е, F, G.

2.3.11. Инвалидность (кроме III группы).

Застрахованное лицо, имеющее заболевания, перечисленные в п.п. 2.3.1 - 2.3.11, может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

При страховании лиц, имеющих заболевания, предусмотренные п.п. 2.3.1 - 2.3.11, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с этими заболеваниями, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

Если в течение срока действия договора страхования будет выявлен факт наличия у Застрахованного лица заболевания, предусмотренного п.п. 2.3.1 - 2.3.11, и о наличии этого заболевания Страховщик не был предупрежден Страхователем перед заключением договора страхования, Страховщик вправе в соответствии с п. 1 ст. 450.1 ГК РФ в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного лица будут диагностированы заболевания, из числа указанных в п.п. 2.3.1 - 2.3.11 Правил, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза и связанных с ним осложнений, в соответствии с п. 1 ст. 450.1 ГК РФ Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного лица.

Застрахованное лицо, указанное в договоре страхования, может быть заменено по письменному заявлению Страхователя другим лицом лишь с согласия Страховщика и при наличии у Страхователя согласия Застрахованного лица на замену.

Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лиц, далее именуется коллективным договором страхования.

2.4. **Субъектами (участниками) добровольного медицинского страхования граждан** в рамках настоящих Правил могут выступать также медицинские, фармацевтические (аптечные), ассистанские (сервисные), экспертные и иные учреждения (организации), с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

– к **медицинским учреждениям (организациям)** относятся российские и зарубежные юридические лица любой организационно - правовой формы, а также физические лица, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление медицинской деятельности;

– к **фармацевтическим (аптечным) учреждениям (организациям)** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление фармацевтической деятельности;

– к **ассистанским (сервисным) организациям (компаниям)** относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку Программ страхования по поручению Страховщика по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, а также оказывающие услуги по репатриации;

– к **экспертным организациям** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (и имеющим лицензию на соответствующий вид деятельности, если данный вид подлежит лицензированию), предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

– к **иным учреждениям (организациям)** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических организаций), производящие и осуществляющие продажу товаров, выполнение работ и оказание услуг медицинского характера (в том числе торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием и т.п.).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является вероятное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением предусмотренной договором страхования или согласованной со Страховщиком медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, повлекших необходимость оплаты, организации и оказания вышеуказанных услуг в медицинское учреждение (организацию), фармацевтическое (аптечное) учреждение (организацию), ассистанскую (сервисную) компанию, экспертную организацию и (или) иное учреждение (организацию).

4.2. По договору страхования, заключенному по настоящим Правилам (с учетом исключений из числа страховых рисков и страховых случаев, указанных в разделе 5 настоящих Правил), страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением предусмотренной договором страхования или согласованной со Страховщиком медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, повлекших необходимость оплаты, организации и оказания вышеуказанных услуг в медицинское учреждение (организацию), фармацевтическое (аптечное) учреждение (организацию), ассистанскую (сервисную) компанию, экспертную организацию и (или) иное учреждение (организацию).

Объем оказанных медицинских и иных услуг и оплачиваемый Страховщиком определяется выбранной Программой страхования, которая является неотъемлемой частью договора страхования.

Программы страхования могут содержать разные виды медицинской помощи, в том числе: амбулаторно-поликлиническую, стационарную, скорую и неотложную, лекарственную и т.д. При

страховании дополнительных рисков Страховщик оплачивает такие дополнительные расходы в объеме, прямо предусмотренном договором страхования.

Программы страхования амбулаторно-поликлинической помощи могут содержать как отдельные, так и все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую, зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного лица, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и (или) доставку Застрахованному лицу выписанных лечащим врачом лекарственных средств; оплату и (или) доставку Застрахованному лицу выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному лицу при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; диспансерное наблюдение Застрахованных лиц.

Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному лицу без его круглосуточного пребывания в этом медицинском учреждении.

Программы страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать как отдельные, так и все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного лица в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; питание, уход медицинского персонала; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и (или) доставку Застрахованному лицу назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и (или) доставку Застрахованному лицу выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре. Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному лицу с его возможным круглосуточным пребыванием в это медицинском учреждении.

Программы страхования, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригад скорой (неотложной) медицинской помощи (в том числе специализированных, включая бригады санитарной авиации), проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций, в т.ч. услуги по родовспоможению, необходимой экспресс-диагностики, а также медицинскую перевозку Застрахованного лица в амбулаторно-поликлиническое или стационарное медицинское учреждение и, при необходимости, обратно, либо по месту жительства.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

5.1. К страховым рискам не относится, не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает услуги, полученные Застрахованным лицом, если:

5.1.1. Оказанные медицинские и иные услуги не были предусмотрены Программой страхования или не были согласованы со Страховщиком, лечение и лекарственное обеспечение не является обоснованным и необходимым с медицинской точки зрения, а также если услуги не имеют лечебных целей.

5.1.2. Медицинское учреждение и (или) иное учреждение (организация), в котором Застрахованному лицу была оказана помощь, не указано в договоре страхования, или не было согласовано со Страховщиком.

5.1.3. Обращение Застрахованного лица за помощью в медицинское учреждение и (или) иное учреждение (организацию) было вызвано событиями, не являющимися страховыми рисками и страховыми случаями по условиям настоящих Правил и (или) договора страхования.

5.1.4. Оказанные медицинские услуги, лечение, включая любой период стационарного или амбулаторного лечения, не назначены врачом или выполнены по желанию Застрахованного лица или без медицинских показаний, без согласования со Страховщиком.

5.1.5. Медицинские услуги оказаны в рамках научно-исследовательской деятельности, проводимой медицинским учреждением и (или) иным учреждением (организацией), если эти услуги не были согласованы со Страховщиком.

5.1.6. Медицинские услуги оказывались повторно, аналогичные проведенным ранее в той же или в другой лечебной организации, в том числе повторное выполнение исследований для не состоявшейся по инициативе Застрахованного лица плановой госпитализации, в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме письменно согласованных Страховщиком.

5.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, к страховым рискам не относится, не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает обращение Застрахованного лица за медицинской и (или) иной помощью:

5.2.1. Вследствие заболевания и (или) травмы, возникших вследствие или полученными в состоянии алкогольного/наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ (в случае если договором прямо не предусмотрено иное), наркотических или токсических веществ, которые применялись с немедицинскими целями.

5.2.2. Вследствие получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным лицом противоправных действий.

5.2.3. Вследствие намеренного причинения Застрахованным лицом вреда своему здоровью, попытками и (или) имитацией самоубийства и иными умышленными действиями Застрахованного лица, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено соответствующими судебными решениями, или к этому времени договор страхования непрерывно действовал уже не менее двух лет.

5.2.4. Для лечения алкоголизма, токсикомании или наркомании.

5.2.5. При страховании лица, имеющего заболевания, указанные в п.п. 2.3.1 - 2.3.11, в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с этими заболеваниями.

5.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, к страховым рискам не относится, не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает обращение Застрахованного лица за медицинской и (или) иной помощью:

5.3.1. Если обращение Застрахованного произошло после окончания срока действия договора страхования.

5.3.2. Вследствие заболеваний и (или) травм, возникших в результате стихийных бедствий, опасных природных явлений, природных чрезвычайных ситуаций или природно-техногенной катастрофы.

5.3.3. Вследствие заболевания и (или) травмы и (или) необходимости проведения лечения (долечивания), возникшего в результате получения косметических и (или) медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования.

5.3.4. Если обращение Застрахованного лица связано с необходимостью получения медицинских и иных услуг в связи с лечением, которое началось до начала периода страхования, и о наличии этого лечения Страхователь не предупредил Страховщика при заключении договора страхования.

5.3.5. Если обращение Застрахованного лица связано с заболеванием, выявленным до начала периода страхования, и о наличии которого Страхователь не предупредил Страховщика.

5.3.6. Если обращение Застрахованного лица было связано с наблюдением за хроническим заболеванием и связанной с этим наблюдением необходимостью периодического посещения врача и получения медицинских услуг, вне периода развития острого состояния, связанного с этим хроническим заболеванием.

5.3.7. В других случаях, не предусмотренных Программой страхования и договором страхования.

5.4. К страховым рискам не относится, не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает оказанные медицинские услуги, если они были оказаны незастрахованному лицу, которому Застрахованное лицо передало свой страховой полис, пропуск в медицинское учреждение и тому подобные документы.

5.5. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные случаи, не являющиеся страховыми.

5.6. В случае отсутствия в медицинском учреждении (организации), фармацевтическом (аптечном) учреждении (организации), сервисной компании и (или) ином учреждении (организации), из числа предусмотренных договором страхования, возможности оказания предусмотренной договором страхования необходимой Застрахованному лицу медицинской и (или) иной помощи, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе в установленном договором страхования порядке предварительно согласовать со Страховщиком получение вышеуказанной необходимой медицинской и (или) иной помощи в других медицинских учреждениях.

5.7. Если это прямо предусмотрено условиями договора страхования, Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами страхования, являющимися неотъемлемой частью договора страхования, предоставляемых медицинскими, аптечными, ассистанскими и (или) иными учреждениями как в Российской Федерации, так и за рубежом. При этом если иное не предусмотрено договором страхования, в указанном случае страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу или его законному представителю на основании надлежащим образом оформленных документов, подтверждающих оказание и оплату Застрахованным лицом или его законным представителем предусмотренной договором страхования необходимой медицинской и (или) иной помощи и (или) оплату необходимых для лечения медицинских препаратов, изделий медицинского назначения, рекомендованных специалистом соответствующего профиля, а также наличие у медицинского, аптечного и (или) иного учреждения, оказавшего медицинские и (или) иные услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения (организации) для осуществления им деятельности.

5.8. Информация об обстоятельствах, влияющих на оценку страхового риска и описанных в настоящих Правилах, считается запрошенной у Страхователя со стороны Страховщика с момента подписания им заявления на страхование и ознакомления Страхователя с настоящими Правилами. Непредставление Страхователем информации о наличии таких обстоятельств с момента подписания им заявления на страхование и ознакомления с настоящими Правилами считается подтверждением Страхователя об отсутствии существенных факторов, влияющих на оценку страхового риска.

5.9. Во всех случаях не является страховым риском, страховым случаем и не возмещаются любого рода косвенные убытки, включая неустойки, штрафы, пени, упущенная выгода, лишение возможных доходов, причинение морального вреда и вреда деловой репутации.

5.10. Страховщик вправе согласовать со Страхователем дополнительный объем исключений из страхования в конкретном договоре страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон, исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного Программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на оценку страхового риска.

6.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем для каждого Застрахованного лица и указывается в договоре страхования. Договором страхования может быть также предусмотрена страховая сумма в целом по Программе страхования или по нескольким Программам страхования, по отдельным заболеваниям (состояниям), услугам, видам медицинской и иной помощи, а также в целом по договору страхования. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховой ответственности (страховых выплат) – по отдельным Программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных лиц и т.п.

6.3. В течение срока действия договора страхования (периода страхования) Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить размер страховой суммы по договору страхования в целом или отдельных лимитов выплат. При увеличении страховой суммы (лимитов выплат) оформляется дополнительное соглашение к договору страхования и Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, рассчитанную Страховщиком.

6.4. В договоре страхования может быть предусмотрена франшиза.

6.5. Страховая сумма по договору страхования может устанавливаться как в российских рублях, так и в любой иностранной валюте (валютном эквиваленте), в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. По соглашению сторон в договоре страхования может быть указана страховая сумма в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте.

В случае если страховая сумма установлена в валютном эквиваленте и договором страхования прямо не предусмотрено иное, для определения размера страховой суммы в рублях применяется курс, установленный Центральным Банком Российской Федерации на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. При заключении договоров страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

7.2. Размер страховой премии исчисляется исходя из размера страховой суммы по договору страхования, базовых страховых тарифов, срока страхования, франшизы и особенностей объекта страхования. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные (понижающие и повышающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска – возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности Застрахованного лица, общего количества Застрахованных лиц по договору страхования, срока действия договора страхования (периода страхования), установленного договором страхования, франшизы и других обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска.

7.3. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку в порядке и сроки, определенные договором страхования, наличными денежными средствами или по безналичному расчету.

7.4. Днем уплаты страховой премии считается:

– при уплате наличными расчетом – день поступления страховой премии в кассу Страховщика;

– при уплате по безналичному расчету – день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика, если иное не установлено договором страхования.

7.5. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена надлежаще уполномоченному представителю Страховщика. В этом случае днем уплаты страховой премии (страховых взносов) является день ее получения надлежаще уполномоченным представителем Страховщика.

7.6. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

Если договор страхования выдается Страхователю после полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком договоре не является обязательным.

7.7. Если страховая премия (первый страховой взнос) не была уплачена Страхователем или была уплачена не в полном объеме в срок, указанный в договоре страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, при этом полученная в неполном объеме страховая премия (первый страховой взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

7.8. При наличии в договоре страхования условий об оплате страховой премии в рассрочку:

7.8.1. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

– зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;

– досрочное прекращение договора страхования;

– изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;

– расторжение договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;

– иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если в качестве последствий договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в договоре страхования.

Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

7.8.2. Если договором страхования в качестве последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме предусмотрено досрочное прекращение договора, договор страхования прекращается со дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен. При этом страховая премия, уплаченная до просрочки очередного взноса, считается полностью заработанной Страховщиком, и не подлежит возврату, договор страхования, если им не предусмотрено иное, прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью.

О досрочном прекращении договора страхования в связи с неуплатой или неполной уплатой Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором срок Страховщик уведомляет Страхователя способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

7.9. В случае заключения договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом **коэффициента краткосрочности**:

Срок действия договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При этом неполный месяц принимается за полный.

7.10. В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования Страховщик, если иное не предусмотрено договором страхования, имеет право произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом:

- остатка страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо;
- понесенных Страховщиком расходов при выполнении обязательств в отношении прежнего Застрахованного лица;
- других обстоятельств, влияющих на степень страхового риска (в том числе, возраста, пола и состояния здоровья нового Застрахованного лица).

По результатам перерасчета в случае необходимости Страховщик имеет право потребовать от Страхователя доплаты страховой премии.

При заключении договора страхования Страховщик (для обеспечения Застрахованным лицам оказания медицинской помощи необходимого объема и качества) вправе установить минимальный размер страховой суммы и (или) страховой премии, ниже которого не могут устанавливаться величины страховой суммы и (или) страховой премии.

7.11. Страховая премия (страховые взносы) по соглашению сторон и в соответствии с законодательством Российской Федерации может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

Страховая премия (страховые взносы), установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

7.12. В случае установления отдельных периодов страхования в договоре страхования при его заключении, расчет страховой премии производится отдельно для каждого периода страхования.

8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить договор страхования (устное заявление и т.д.). Письменное заявление на страхование подписывается Страхователем и является неотъемлемой частью договора страхования.

8.2. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о характере события (страхового риска), на случай наступления которого осуществляется страхование путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица; кроме того,

Страховщик и Страхователь могут указать в договоре страхования название Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи.

Договор страхования может содержать различные Программы страхования как из числа действующих у Страховщика Программ страхования, так и содержать Программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг. Перечень, медицинских и иных услуг в рамках конкретной Программы страхования, а также сама Программа страхования и любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

8.3. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя, в котором должно быть указано:

– данные Страхователя: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии). Для иностранных граждан дополнительно указываются гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;

– данные Застрахованного лица: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), пол дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания. Для иностранных граждан дополнительно указываются гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации.

8.4. Для заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставить:

8.4.1. Документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (его представителя), учредительные документы Страхователя – юридического лица, документы подтверждающие полномочия представителя юридического лица.

8.4.2. Документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного лица, медицинское заключение по результатам медицинского осмотра (обследования) с целью оценки фактического состояния его здоровья, предоставления сведений (в том числе в письменной форме в виде заполнения анкеты, заявления), о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием). Анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица может быть предоставлена путем направления электронного документа, в том числе через сайт Страховщика.

8.5. Заключение договора медицинского страхования с юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем может осуществляться путем составления отдельного документа, в рамках которого Застрахованным лицам по договору страхования могут выдаваться именные страховые полисы (сертификаты, страховые свидетельства, страховые пластиковые карточки, памятки).

8.5.1. Основанием для заключения договора страхования является заявление Страхователя, в котором должны быть указаны наименование, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, государственный регистрационный номер, место государственной регистрации и адрес местонахождения, а также должны быть представлены:

– учредительные документы Страхователя, документы о государственной регистрации юридического лица, в качестве индивидуального предпринимателя, документы о постановке на учет в налоговом органе, документы, удостоверяющие личность Страхователя, его представителя, а также иные документы в целях исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001г. №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма». Если для заключения договора страхования обращается представитель, то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание письменного заявления, договора страхования;

– список Застрахованных лиц с указанием: фамилии, имени, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), пола, даты рождения, реквизитов документа, удостоверяющего личность, адреса места жительства (регистрации) или места пребывания. Для иностранных граждан дополнительно указываются гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения,

если имеется), данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации.

8.5.2. В случае необходимости увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, необходимые для оценки страхового риска, в объеме, предусмотренном настоящими Правилами, о каждом Застрахованном лице, включаемом в список застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующую страховую премию за период с момента включения указанных лиц в список застрахованных лиц до окончания срока действия договора страхования.

8.5.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, при коллективном страховании включение/исключение Застрахованных лиц в список/из списка застрахованных лиц производится в течении 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя. При сохранении общей численности при одновременном включении/исключении Застрахованных лиц в список/из списка застрахованных лиц, исходя из условий договора страхования, Страховщик вправе не изменять страховую премию и страховую сумму по договору страхования. Однако если в отношении исключенных из списка Застрахованных лиц производились страховые выплаты, то договор страхования в отношении них досрочно прекращается, а в отношении новых Застрахованных лиц Страхователем уплачивается дополнительная страховая премия.

8.6. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать от лица, подлежащего страхованию заполнить медицинскую анкету кандидата на страхование, а также направить его на медицинское освидетельствование.

Если Страховщик считает необходимым проведение освидетельствование лица, подлежащего страхованию, он выдает лицу, обратившемуся с заявлением о страховании, направление на освидетельствование с указанием даты, времени и места освидетельствования. Лицу, лично обратившемуся к Страховщику с заявлением о страховании, направление на освидетельствование выдается на руки, в получении которого лицо, обратившееся с заявлением о страховании, расписывается на втором экземпляре (копии) направления на освидетельствование или в письменном заявлении о страховании. Лицу, обратившемуся с заявлением о страховании по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет», Страховщик направляет уведомление о проведении освидетельствования соответственно по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования учитываются факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни), используемые Страховщиком для оценки страхового риска.

В случае отказа Застрахованного лица от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

8.7. Страхователь также обязан сообщить Страховщику сведения, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования, уполномоченного представителя Страхователя (при наличии), выгодоприобретателя и бенефициарного владельца² (при наличии), по требованию Страховщика заполнить анкету.

8.8. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного либо устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса (свидетельства, сертификата). Одновременно с договором страхования Страхователю (Застрахованным лицам) может вручаться индивидуальная пластиковая карточка, являющаяся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.

8.9. Страховщик предоставляет Страхователю информацию о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

² Понятия выгодоприобретатель, бенефициарный владелец используются в соответствии с определениями Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»

При заключении договора страхования Страховщик информирует Страхователя об условиях, на которых заключается договор страхования, Правилах страхования, планах, графиках, дополнительных условиях страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования; об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, размере страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов); о сроках рассмотрения обращений Страхователя относительно страховой выплаты.

Осуществление вышеуказанных и иных действий, предусмотренных действующими правовыми актами, фиксируется любым из следующих способов:

- 1) подписью Страхователя;
- 2) проставлением Страхователем специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в личном кабинете;
- 3) аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Страхователя в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- 4) иным способом, предусмотренным законом или согласованным со Страхователем.

8.10. В соответствии с действующим законодательством Страховщик вправе обмениваться со Страхователем информацией в электронной форме, принять созданную и отправленную Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информацию в электронной форме (заявления о заключении договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения договора страхования, для получения страховой выплаты.

8.11. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь может подавать Страховщику заявление о страховании через официальный сайт Страховщика, путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование, включающей сведения, указанные в п.п. 8.3 – 8.5 Правил.

Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем - физическим лицам простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом - усиленной квалифицированной электронной подписью.

Направление по указанному адресу электронной почты Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления договора страхования (страхового полиса, свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», является надлежащим вручением договора страхования Страхователю.

При электронном страховании Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии или первого страхового взноса (если договором предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку).

В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также пунктом 4 статьи 6.1. Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, договор страхования (полис, свидетельство, сертификат), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

Использование личного кабинета признается одним из надлежащих способов обмена сообщениями между Страхователем и Страховщиком.

8.12. В договоре страхования (полисе) подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

8.13. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов:

– в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в договоре страхования или заявлении на страхование (заявлении/согласии на включение в список застрахованных лиц);

– почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или заявлении на страхование (заявлении/согласии на включение в список застрахованных лиц);

– по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования или заявлении на страхование (заявлении/согласии на включение в список застрахованных лиц).

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско–правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан – с момента доставки уведомления, извещения или сообщения Страхователю (Застрахованному лицу). Сообщение считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило лицу, которому оно направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

8.14. Для предоставления информации Страхователю Страховщик обязан использовать согласованные со Страхователем при заключении договора страхования способы взаимодействия.

В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется в течение 3 (трех) рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Застрахованное лицо).

8.15. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, заявлении на страхование, анкете о состоянии здоровья Застрахованного лица, или в письменном запросе Страховщика.

8.16. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении (анкете), о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового случая, предусмотренного в договоре страхования, а также предоставление фиктивных документов, дает Страховщику права требовать признания договора страхования недействительным с применением правовых последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.17. При заключении договора Страхователь должен сообщить Страховщику информацию, является ли Страхователь (Застрахованное лицо) иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон. Даты начала и окончания срока действия договора указываются в договоре страхования.

9.2. Договор страхования, если в договоре не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или оплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами, но не ранее 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала действия договора страхования.

9.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как дата его окончания.

9.4. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

9.5. При заключении договора страхования в пределах срока действия договора могут быть предусмотрены периоды страхования, в течение которых может действовать страхование, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

Страхование действует только в течение тех периодов, за которые страховая премия была уплачена до начала такого периода, если договором страхования не предусмотрено иное.

В случае отсутствия оплаты страхового взноса за соответствующий период до начала его действия, страхование в течение данного периода не действует и события, произошедшие в течение такого периода, не являются страховыми случаями.

9.6. Договор страхования прекращается в случае:

9.6.1. Истечения срока действия договора страхования.

9.6.2. Если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай – со дня прекращения существования страхового риска.

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

9.6.3. В случае выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (выплаты полной страховой суммы, установленной договором страхования в отношении Застрахованного лица).

9.6.4. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованное лицо не приняло на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов.

9.6.5. По соглашению сторон – со дня подписания такого соглашения или со дня, указанного в данном соглашении.

9.6.6. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и (или) размере, если договором страхования не предусмотрены иные последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса – в срок, указанный в п. 7.8.2.

9.6.7. В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая – с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, или иной даты, установленной по соглашению сторон.

Страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования. Страховая премия перечисляется Страхователю или выплачивается в кассе Страховщика на основании заявления Страхователя.

Подтверждением направления письменного заявления в срок является дата регистрации Страховщиком заявления Страхователя об отказе от договора страхования (при обращении Страхователя в офис Страховщика) либо дата почтового штемпеля отправителя (при направлении Страхователем документов на адрес Страховщика средствами почтовой связи).

Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу уплаченную страховую премию в случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. При этом если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (до даты начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме, а если после даты начала действия страхования - Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю – физическому лицу вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

9.6.8. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.7. В случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица до окончания срока страхования Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по договору страхования, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме или если Застрахованное лицо или другое лицо, с согласия Страховщика, принимает на себя обязательства Страхователя по договору страхования.

9.8. При досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями договора страхования.

9.9. Если в случае отказа Страхователя от договора страхования в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица, кроме случая, предусмотренного п. 9.6.7 настоящих Правил, договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок действия договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов и произведенных страховых выплат, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.10. Если договором страхования не установлено иное, возврат страховой премии Страхователю при досрочном расторжении договора страхования производится в течение 45 дней со дня получения всех счетов за услуги, предоставленные Застрахованным лицам.

9.11. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) договора страхования и возврата части страховой премии за неистекший срок действия договора страхования (если это предусмотрено договором страхования), расчет производится в рублях по официальному курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату расторжения (прекращения) договора страхования, но не более курса валюты страхования, установленного Центральным Банком Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

9.12. Срок страхования может быть продлен при условии заключения сторонами дополнительного соглашения к договору страхования.

9.13. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованное лицо (Страхователь), при заключении договора страхования представило Страховщику ложные сведения и скрыло имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.3.1 - 2.3.11, и (или) получило услуги, не относящиеся к страховым случаям в соответствии с разделом 3 Правил Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного лица, в соответствии с п. 1 ст. 450.1 ГК РФ и (или) обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

9.14. После получения информации, предусмотренной п. 9.13 Правил, Страховщик уведомляет Страхователя о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного лица, страховая премия, оплаченная Страхователем за Застрахованное лицо, не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.15. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного лица, указанного в п. 9.13 Правил, с даты, уведомления Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного лица. Страхователь обязан уведомить Застрахованное лицо о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

10.1. В течение срока действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях).

10.2. Значительными, во всяком случае, но не исключительно, признаются изменения, оговоренные в договоре страхования и Правилах страхования, в частности:

10.2.1. Смена профессиональной деятельности Застрахованного лица, связанная с повышенным риском возникновения профессиональных заболеваний.

10.2.2. Смена пола Застрахованного лица.

10.2.3. Инфицирование Застрахованного лица ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного лица СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом.

10.2.4. Установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай.

10.2.5. Постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт по причинам алкогольной или наркологической зависимости, психического заболевания.

10.2.6. Лишение свободы по приговору суда.

10.2.7. Другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления страхового случая, оговоренные в договоре страхования, в письменном запросе Страховщика (заявлении на страхование, анкете).

10.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ.

10.4. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, последний вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования согласно действующему законодательству Российской Федерации (п.5 ст. 453 ГК РФ).

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страхователь имеет право:

11.1.1. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11.1.2. Получать разъяснения по заключенному договору страхования.

11.1.3. Потребовать изменения условий договора страхования в порядке, предусмотренным настоящими Правилами и договором страхования.

11.1.4. Выбрать страховые Программы в любом их сочетании, медицинские и иные организации, оказывающие медицинские и иные услуги в соответствии с договором страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним.

11.1.5. Назначить страховую сумму по договору и увеличить ее по согласованию со Страховщиком в период действия договора страхования.

11.1.6. При коллективном страховании изменить численность Застрахованных лиц по коллективному договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений. В случае расширения списка Застрахованных лиц по договору коллективного страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные условиями настоящих Правил, и уплачивает дополнительную страховую премию за период со дня включения новых лиц в список Застрахованных лиц до даты окончания действия коллективного договора страхования (при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный). Страхование в отношении новых Застрахованных лиц начинает действовать в сроки, установленные п. 9.2 Правил.

11.1.7. Досрочно отказаться от договора страхования в целом или в отношении конкретного Застрахованного лица после письменного уведомления Страховщика.

11.1.8. Требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, предусмотренных договором страхования, и их оплаты (или только их оплаты) медицинских и иных услуг, определенных Программой страхования, при наступлении страхового случая.

11.1.9. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о себе и Застрахованном лице, а также все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

11.2.2. В случае изменения идентификационных сведений, представленных Страховщику в соответствии с п. 8.7 настоящих Правил, в течение 5 (пяти) рабочих дней предоставить Страховщику информацию о соответствующих изменениях и документы, подтверждающие новые идентификационные сведения Страхователя и (или) представителя, и (или) Выгодоприобретателя, и (или) бенефициарного владельца.

11.2.3. Своевременно и в полном объеме предоставить Страховщику документы, затребованные в целях исполнения Страховщиком Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О

противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

11.2.4. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования.

11.2.5. Доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях договора страхования, настоящих Правилах, Программах страхования и порядке предоставления услуг.

11.2.6. Обеспечить прохождение медицинского освидетельствования Застрахованным лицом по требованию Страховщика.

11.2.7. Сообщать Страховщику в течение действия договора страхования незамедлительно обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах в отношении Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут привести к увеличению риска наступления страхового случая.

11.2.8. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от совершения действий, которые могут повлечь неблагоприятные последствия в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица.

11.2.9. В случае заболевания и (или) травмы Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица.

11.2.10. Надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и (или) травмой Застрахованного лица; обеспечивать сохранность документов по договору страхования.

11.2.11. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые влияют на оценку страхового риска, в том числе произошедших в течение срока действия договора страхования (изменениях в данных, указанных в заявлении на страхование и договоре страхования, а также указанных в разделе 9 настоящих Правил).

11.2.12. При увеличении страхового риска по требованию Страховщика уплатить дополнительную страховую премию и (или) подписать дополнительное соглашение об изменении условий договора страхования, либо направить Страховщику письменный отказ от уплаты дополнительной премии и (или) изменения условий договора страхования.

11.2.13. Получить от Застрахованных лиц, а в случае если Страхователем заключается договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком его (их - Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

11.2.14. Своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, фактического места жительства, телефонов, а также персональных данных в случае их изменения, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства.

11.2.15. Исполнять иные положения настоящих Правил, договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования, произвести обследование (медицинское освидетельствование) страхуемых лиц для оценки фактического состояния их здоровья, предоставления, включая, но не ограничиваясь:

– сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о наличии у него заболеваний и травм, о ранее перенесенных заболеваниях /травмах, о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), его профессиональной принадлежности, наличии у Застрахованного лица травмоопасных увлечений и хобби, а также о занятиях спортом и других обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска;

– медицинских документов (подлинные медицинские документы или их копии, заверенные выдавшими их медицинскими учреждениями), содержащих сведения о состоянии здоровья принимаемого на страхование лица; результаты медицинского осмотра (обследования, освидетельствование) принимаемого на страхование лица, если оно проводилось.

В случае если проведение медицинского освидетельствования предусмотрено за счет Страхователя/Застрахованного лица, соответствующая информация должна быть в обязательном порядке доведена до сведения Страхователя/Застрахованного лица до проведения медицинского освидетельствования.

11.3.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом (включая сведения, указанные в заявлении/анкете на страхование), любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

11.3.3. Потребовать признания договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

11.3.4. Проверять выполнение Страхователем, Застрахованным лицом положений настоящих Правил, договора страхования и других документов, закрепляющих договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений.

11.3.5. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в том числе, сокращения срока действия договора страхования).

11.3.6. Отказаться от договора страхования в отношении Застрахованного лица в одностороннем внесудебном порядке в случаях его систематической (более 2-х раз подряд) неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала.

11.3.7. Организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.

11.3.8. Приостановить оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в случае несвоевременной или неполной уплаты страховой премии. После уплаты Страхователем задолженности оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, возобновляется.

11.3.9. Отказаться от договора страхования в отношении Застрахованного лица в одностороннем внесудебном порядке в случае, если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховой полис и (или) страховую карточку с целью получения последним услуг по договору страхования.

11.3.10. По согласованию со Страхователем изменять Программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским и (или) иным учреждением (организацией), предусмотренным договором страхования.

11.3.11. Ознакомиться с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой расходов за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги.

11.3.12. Самостоятельно, без согласования со Страхователем, определять порядок урегулирования убытков, возникших в ходе исполнения договора страхования, в том числе порядок согласования с медицинским учреждением медицинских услуг, оказываемых Застрахованным лицам при наступлении страхового случая.

11.3.13. В течение срока рассмотрения документов, определенного настоящими Правилами, принять решение о продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате до выяснения всех обстоятельств страхового случая (в т.ч. до получения письменного ответа на запросы, направленные в компетентные органы), а также характера, объема и стоимости медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг), и иных указанных в договоре страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу, но в любом случае не более чем на 60 (шестьдесят) рабочих дней.

При продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате Страховщик обязан не позднее 7 (семи) рабочих дней по истечении установленного срока рассмотрения документов направить Страхователю (Выгодоприобретателю) письменное уведомление о продлении срока рассмотрения заявления о страховой выплате с указанием причины.

11.3.14. В случае отказа Страхователя - физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты его прекращения.

11.3.15. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до

получения Страховщиком указанных сведений. Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

11.3.16. Пользоваться иными правами, предоставленными Страховщику законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

11.4. Страховщик обязан:

11.4.1. По требованиям Страхователя, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования.

11.4.2. Организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лицом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой.

11.4.3. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования, вручить Страхователю при заключении договора страхования Программу страхования.

Направление Правил страхования по указанному Страхователем адресу электронной почты или ссылки на Правила страхования, размещенные на сайте Страховщика, является надлежащим вручением Правил страхования.

11.4.4. Не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице). Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (кроме случаев, когда от Застрахованного лица получено письменное согласие), Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

11.4.5. Выдать Страхователю (Застрахованному лицу) страховые полисы (сертификаты, страховые свидетельства) и (или) страховые пластиковые карточки.

11.4.6. Произвести страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном Правилами и договором страхования.

11.4.7. Обеспечить обработку персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных лиц, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных лиц.

11.4.8. Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в медицинских и (или) иных учреждениях (организациях), предусмотренных Программой страхования в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными учреждениями.

При самостоятельной организации Застрахованным лицом предоставления медицинской помощи без участия Страховщика, последний не несет ответственность за качество оказанной медицинской помощи и вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы.

11.4.9. В случае оказания медицинским учреждением (организацией) некачественной медицинской помощи или оказания ее в неполном объеме, предоставить Застрахованному лицу (при его согласии) медицинские и иные услуги в другом медицинском учреждении (организации).

11.4.10. В случае невозможности оказания медицинским учреждением (организацией) Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования, организовать и оплатить оказание аналогичной по качеству медицинской помощи в другом медицинском учреждении (организации).

11.4.11. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в сумме меньшей, чем установлено договором страхования, уведомить об этом, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования Страхователя, Выгодоприобретателя.

11.4.12. В случае отказа Страхователя от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая вернуть страховую премию Страхователю в полном размере, если Страхователь отказался от договора до даты возникновения обязательств Страховщика по договору (даты начала действия страхования).

11.4.13. Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем способами, установленными договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

11.5. Застрахованное лицо имеет право:

11.5.1. Получить медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях в соответствии с договором страхования и (или) Программой страхования или обращение в которые письменно согласовано и (или) организовано Страховщиком.

11.5.2. Получить дубликат страхового полиса, страховой карточки, пропуска в медицинскую организацию и другой страховой документации в случае ее утраты.

11.5.3. Получить разъяснения о Правилах страхования и условиях договора страхования, порядке предоставления услуг.

11.5.4. Требовать от Страховщика в случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг в медицинских учреждениях (организациях), установленных договором страхования, исполнения своих обязательств в соответствии с его условиями.

11.6. Застрахованное лицо обязано:

11.6.1. Представлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением договора страхования.

11.6.2. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования, требования Правил страхования, условий договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением (организацией).

11.6.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи; компенсировать Страховщику в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и (или) страховой карточкой Застрахованного лица, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

11.6.4. При обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, страховой полис (индивидуальный страховой полис), страховую карточку и (или) пропуск в медицинскую или иную организацию.

11.6.5. Соблюдать требования Правил страхования, условий договора страхования.

11.6.6. При утрате страховой документации незамедлительно извещать об этом Страховщика.

11.6.7. Сообщать своевременно Страховщику об изменении фамилии, имени, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданства, реквизитов документа, удостоверяющего личность, реквизиты документа удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется), данных миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адреса места жительства (регистрации) или места пребывания, телефонов, а также персональных данных в случае их изменения.

11.6.8. Посещать заранее согласованные с медицинским и (или) иным учреждением процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости.

11.6.9. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) если это предусмотрено договором страхования.

11.6.10. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые приводят к неблагоприятным последствиям для его жизни и здоровья.

11.6.11. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также компенсировать расходы в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи при условии предъявления соответствующей претензии Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения соответствующей претензии от Страховщика.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

– вызов осуществлен Застрахованным лицом для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

– при вызове, осуществленном Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и (или) места пребывания Застрахованного лица;

– вызов осуществлен не в медицинских целях;

– вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения;

– при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;

– вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.).

11.6.12. По требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование как при заключении договора страхования, так и после наступления страхового случая, когда это станет возможным по состоянию здоровья, если Страховщик сочтет это необходимым.

Согласование места и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица после наступления страхового случая должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

– заключения соглашения о месте и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица;

– направления Страховщиком в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату, или Застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица - не менее двух вариантов времени на выбор;

– иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование (обследование) в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования (обследования) при его обращении к Страховщику. При этом если в соответствии с договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования (обследования), то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования (обследования).

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

11.6.13. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг.

11.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

В отношении договоров страхования (страховых полисов, сертификатов, страховых свидетельств), заключенных на основании настоящих Правил страхования, обработка Страховщиком персональных данных Страхователей (Застрахованных лиц) осуществляется на основании п.п. 5) ч.1 ст.6 и п.п. 8) ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Страхователь, заключивший договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подписывая договор страхования и (или) принимая от Страховщика страховой полис (сертификат, страховое свидетельство), тем самым выражает свое добровольное согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) для осуществления исполнения обязательств Страховщика по договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору, администрирования договора, защиты интересов Застрахованных лиц, а также в целях информирования Страхователя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг).

Страхователь в случае регистрации в личном кабинете Страховщика дает свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта Страховщика.

Персональные данные Страхователя и Застрахованных лиц включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения (в том числе сведения составляющие врачебную тайну), а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, другие данные, указанные в заключенном со

Страховщиком договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения, медицинскую анкету и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком и представителями Страховщика своих персональных данных, в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам (в т.ч. медицинским и иным учреждениям (организациям), с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской и иной помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия договора страхования и в течение 25 лет с даты его заключения.

Страховщик и представители Страховщика имеют право во исполнение своих обязательств по договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 лет, если иное не установлено договором страхования.

В установленных законом случаях, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25 лет с даты окончания срока действия договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 25 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

Все права и обязанности по договору страхования Застрахованных в возрасте до 18-ти лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством Российской Федерации, их законные представители.

Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении договора страхования. Конфиденциальными сведениями по договору страхования признаются: сведения о Страхователях, Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

11.8. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

12. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские и иные услуги, оказанные по наступившим страховым случаям Застрахованному лицу, в соответствии с Программой страхования. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может

превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита выплат, указанных в договоре страхования.

Для получения медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую или иную организацию, предусмотренную договором страхования, или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и (или) сертификате (индивидуальной карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

12.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

12.2.1. Путем оплаты стоимости медицинских и иных услуг непосредственно (или через ассистанскую организацию) в медицинскую или иную организацию по их счетам в соответствии с условиями договоров, заключенных Страховщиком с указанными организациями, в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено договором с медицинской организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

В указанном случае, если иное не предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным лицом медицинской помощи и иных услуг, обусловленных договором страхования и соответствующей Программой страхования в счет страховой выплаты, осуществляется непосредственно при обращении Застрахованного лица в медицинские и (или) иные учреждения (организации), указанные в договоре страхования (Программе страхования) или согласованные со Страховщиком.

Если иное не предусмотрено договором страхования, срок оказания таких услуг медицинскими и (или) иными учреждениями (организациями), указанными в договоре страхования (Программе страхования) не может превышать 90 (девяносто) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица, за исключением случаев, когда:

- медицинскими нормами и (или) рекомендациями установлены иные сроки оказания соответствующих услуг;

- иные сроки оказания Застрахованному лицу конкретной медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, установлены соответствующим медицинским и (или) иным учреждением (организацией) с учетом сложности медицинских услуг, необходимости получения определенных медицинских изделий и (или) оборудования, лекарственных средств, материалов и (или) донорских органов, без использования которых оказание медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг) не возможно, обнаружения осложнений и (или) сопутствующих болезней, требующих дополнительного обследования и (или) лечения, не указанных в Программе страхования и т.п.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования.

12.2.2. Путем денежной компенсации Страхователю (Застрахованному лицу) произведенных им затрат на медицинские и иные услуги, если такая форма возмещения прямо предусмотрена договором страхования, либо они предварительно письменно согласованы Страховщиком.

12.3. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 12.2.2 настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен в срок не позднее 3 (трех) месяцев со дня оказания медицинских и иных услуг, если иной срок не предусмотрен договором страхования, предоставить Страховщику заявление о страховой выплате и оригиналы или надлежаще заверенные копии следующих документов:

12.3.1. Документ, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских и иных услуг, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений.

12.3.2. Для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг - реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг.

12.3.3. Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – рецепты на лекарственные средства медицинской организации, в которую Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, и врачом которой были назначены оплаченные лекарственные средства.

12.3.4. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения при оперативном лечении - документы медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача наличия медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование

(указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе), оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг, оригиналы или надлежаще заверенные копии документов, подтверждающих оплату изделий медицинского назначения.

12.3.5. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения при амбулаторном лечении - документы медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача наличия медицинских показаний для использования данных изделий, оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг.

12.3.6. Для возмещения стоимости оплаченных иных услуг - документы, подтверждающие факт обращения Застрахованного лица за оказанием ему иных услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг.

12.3.7. Документы, подтверждающие оплату медицинских и иных услуг или приобретение лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости).

12.3.8. Паспорт Застрахованного лица, а если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо - паспорт его надлежаще уполномоченного представителя, подавшего заявление от его имени, свидетельство о рождении Застрахованного лица, документы, подтверждающие право действовать в интересах Застрахованного лица.

12.3.9. Если Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью в зарубежную медицинскую организацию - перевод на русский язык документов, составленных на иностранном языке, выполненный лицом, чья компетенция подтверждена соответствующими документами об образовании.

12.3.10. Для возмещения расходов на проезд к месту лечения Застрахованного лица - проездные и платежные документы, подтверждающие оплату проезда к месту лечения и проживания.

12.3.11. Банковские реквизиты счета Застрахованного лица, в случае если выплата производится непосредственно Застрахованному лицу по безналичному расчету.

12.4. С целью принятия решения о страховой выплате Страховщик вправе запрашивать у лиц, органов и организаций, имеющих необходимую компетенцию, следующие документы:

- медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и (или) выписки из медицинских карт (оригиналы или копии, заверенные главным врачом или заместителем главного врача и печатью медицинской организации) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и (или) иных услуг, а также за 5 (пять) лет, предшествующих началу срока действия договора страхования, из всех медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо;

- документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

- документы, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;

- справку из специализированных лечебно-профилактических медицинских организаций и их подразделений (Центра профпатологии, клиник и отделов профзаболеваний, выполняющих их функции), имеющих соответствующую лицензию и сертификат о праве устанавливать диагноз профессионального заболевания; акт расследования профессионального заболевания по форме 362/У-86;

- справку учреждения медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы, акт медико-социальной экспертизы;

- справки из наркологических, туберкулезных, психиатрических, кожно-венерологических диспансеров;

- акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования;

- акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;

- акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;

- постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела, решение, принятое (в том числе в судебном порядке) по уголовному делу;

- постановление об административном правонарушении;

- справку медицинской организации с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения при наступлении патологического

состояния и (или) получения травмы (зафиксированные на момент поступления в медицинскую организацию признаки опьянения, или результаты исследования биологических материалов на содержание этилового спирта, наркотических или токсических веществ);

- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- справку о дорожно-транспортном происшествии;
- выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом;
- протокол военно-врачебной комиссии;
- оригиналы и (или) копии инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология);
- результаты профилактических, предварительных, периодических, предсменных, предрейсовых (послесменных, послерейсовых) и иных медицинских осмотров, результаты диспансеризации;
- справки о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет и диагноза);
- медицинское свидетельство о смерти (форма 1 06/у-08);
- в Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и (или) страховых компаниях, работающих в системе обязательного медицинского страхования - информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.

12.5. При личном обращении Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Выгодоприобретателем (Страхователем, Застрахованным лицом) с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям настоящих Правил и (или) договора страхования) и правильность их оформления.

В случае выявления факта предоставления Выгодоприобретателем (Страхователем, Застрахованным лицом) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц – получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов составляет 15 (пятнадцать) рабочих дней.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, определения характера и объема оказанной Застрахованному лицу медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, и их стоимости, Страховщик вправе предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения, подтверждающие факт наступления страхового случая, а также характер, объем и стоимость медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу.

Страховщик вправе предусмотреть возможность предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) информации и документации для получения страховой выплаты в электронном виде, когда Страхователь (Выгодоприобретатель) может представить Страховщику перечисленных документы в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя).

12.6. После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов в соответствии с п. 12.3 настоящих Правил Страховщик в порядке п. 12.2.2 настоящих Правил в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами документов

(последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов) принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

Если в течение вышеуказанного срока принято решение о наличии оснований для страховой выплаты Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату.

В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя, Застрахованное лицо в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

12.7. Застрахованное лицо вправе предварительно (до обращения в медицинское и (или) иное учреждение или организацию) обратиться к Страховщику по указанным в договоре страхования телефонам за консультациями касательно порядка исполнения договора страхования. Размер страховой выплаты определяется стоимостью предусмотренной договором страхования медицинских и иных услуг, указанных в договоре страхования, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

12.8. Стороны могут договориться, что сумма выплаты может быть определена исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в Программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных договором страхования, возмещаются полностью в пределах страховой суммы.

12.9. Днем выплаты считается день списания средств со счета Страховщика, (если выплата производится путем перечисления сумм на банковский счет) или выдачи денежных средств из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами).

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счет средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счет средств получателя.

12.10. Страховщик вправе проверить соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений договора страхования, а также провести экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению (в течение 90 (девяносто) дней с момента получения счета из медицинского или иного учреждения) или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица) (в течение 90 (девяносто) дней с момента обращения Застрахованного лица к Страховщику с просьбой о проведении такой экспертизы).

12.11. При установлении в договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом или его законным представителем) при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги либо возмещается Страховщику безналичным расчетом, либо путем внесения наличных средств в кассу Страховщика.

12.12. При установлении страховой суммы в валюте, страховая выплата осуществляется Страховщиком в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату выплаты (перечисления). При этом, при расчете страховой выплаты данное условие применяется в случае, если курс иностранной валюты не превышает максимального курса для выплат, под которым понимается курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату перечисления страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку), увеличенной на 1% (один процент) на каждый месяц (в т.ч. неполный), прошедший с момента перечисления премии. В случае если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации, превысит вышеуказанный максимальный курс, размер страховой выплаты определяется, исходя из максимального курса.

При этом применяется следующий порядок:

– если стоимость оказанной Застрахованному лицу медицинской и (или) иной помощи определяется в российских рублях, то выплаты производятся в рублях, а договор страхования продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой произведенной Страховщиком страховой выплаты;

– если стоимость оказанной Застрахованному лицу медицинской и (или) иной помощи определяется в валюте, в которой установлена страховая сумма, то выплаты производятся в рублях в соответствии с первым абзацем настоящего пункта Правил, а договор страхования продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой страховой выплаты в валюте;

– если стоимость оказанной Застрахованному лицу медицинской и (или) иной помощи определяется в валюте, отличной от валюты, в которой установлена страховая сумма, то выплаты производятся в рублях в соответствии с первым абзацем настоящего пункта Правил, а договор страхования продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой страховой выплаты в валюте.

12.13. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Застрахованного лица.

При этом к умышленным действиям приравниваются совершенные действия (бездействие), при которых возможное наступление убытка ожидается с достаточно большой вероятностью и сознательно допускается лицом, ответственным за такие действия.

13. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, либо сочетания радиационного воздействия с токсическими, взрывными или иными опасными воздействиями.

13.2. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

13.3. Страховщик вправе отсрочить страховую выплату в порядке п. 12.2.2 настоящих Правил:

а) если соответствующими органами внутренних дел возбуждено уголовное дело против Страхователя (Застрахованного лица) и ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая - до вынесения приговора суда или вынесения следователем Определения о приостановлении производства по делу;

б) при наличии мотивированных сомнений в подлинности документов, подтверждающих страховой случай и размер произведенных расходов – до получения результатов экспертизы таких документов.

13.4. В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с настоящими Правилами сроки принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты в порядке п. 12.2.2 настоящих Правил и осуществления страховой выплаты приостанавливаются (не начинают течь).

13.5. При непредставлении Страхователем, Застрахованным лицом в соответствии с п. 12.3.11 настоящих Правил банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), срок осуществления страховой выплаты продлевается (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений, о чем Страховщик уведомляет обратившееся лицо и запрашивает у него недостающие сведения.

13.6. Страховщик имеет право отказать Страхователю (Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю) в выплате страхового возмещения или в возмещении понесенных расходов или приостановить операции по указанным расчетам в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

13.7. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным договором страхования, произошедшим в период страхования, а если он не установлен, то в течение срока действия договора страхования, не может превышать размер общей страховой суммы (лимита ответственности), установленной договором страхования на данный период страхования.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Все споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются в претензионном порядке. Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии. Сторона, получившая претензию, в течение 30 (тридцати) дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать ответ.

14.2. В досудебном порядке спор подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным, который рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований потребителя страховых услуг не превышает 500 000 рублей, и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3-х лет.

Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- 1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;
- 2) если потребитель финансовых услуг предварительно не обращался к Страховщику;
- 3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- 4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- 5) по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- 6) в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- 7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- 8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- 9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- 11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- 12) текст которых не поддается прочтению.

14.3. В случае недостижения сторонами согласия в претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит урегулированию в суде в порядке, установленном договором страхования и законодательством Российской Федерации.