

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «КРЕДИТ ЕВРОПА ЛАЙФ»**

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора
ООО «Страховая компания
«Кредит Европа Лайф»

От «04» августа 2020 г. № 27

М.А.Ткач



ПРАВИЛА

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ,
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА**

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**
2. **ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
3. **СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ**
4. **СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)**
5. **ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
6. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ**
7. **ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
8. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
9. **ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**
10. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства (далее Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Кредит Европа Лайф» (ООО Страховая компания «Кредит Европа Лайф»), именуемое в дальнейшем «Страховщик», осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства, с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем «Страхователи».

1.2. Договором добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства (далее – Договор (ы) 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 при обращении Застрахованного лица медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства (далее – Программа страхования), предусмотренной Договором страхования.

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

1.3. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил страхования, положения настоящих Правил становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

1.4. 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.

1.4.1. **Страховой полис** - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования.

1.4.2. **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.

1.4.3. **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.

1.4.4. **Срок страхования** - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором страхования, и соответственно, наступление страхового случая влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате.

1.4.5. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, осуществляемых медицинским учреждением и направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

1.4.6. **Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования)** - перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком при наступлении страхового случая, а также порядок их оказания. Программа страхования разрабатывается

Страховщиком и должна обеспечивать получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме Застрахованному лицу, в том числе включающей оплату лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и донорской крови на условиях и объемах, установленных настоящими Правилами.

Программа 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 услуги, а также конкретный перечень исключений из Программы страхования (в том числе индивидуальные исключения) и предусматривать определенный порядок оказания медицинских услуг.

Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

Страховщик вправе разрабатывать дополнительные Программы страхования, а также Программы, уточняющие и конкретизирующие объем медицинских услуг в рамках указанных Программ страхования. Перечень медицинских услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

1.4.7. Субъекты страхования:

Субъектами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и медицинские или иные организация, перечисленные ниже:

1.4.7.1. **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.

1.4.7.2. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо, юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства в пользу Застрахованного лица.

1.4.7.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** - названное в Договоре страхования физическое лицо - иностранный гражданин и лицо без гражданства, прибывшее в Российскую Федерацию, и намеревающееся осуществлять или осуществляющее трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее - трудовые мигранты), а так же иные иностранные граждане или лица без гражданства, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации, или временно прибывающие в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получившие миграционную карту, в пользу которого заключен Договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по Договору добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

1.4.8. **Субъектами (участниками)** добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства в рамках настоящих Правил могут выступать также медицинские, фармацевтические (аптечные), ассистанские (сервисные), экспертные и иные организации (учреждения), с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

– к **медицинским организациям (учреждениям)** 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) организациям (учреждениям)** 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 и индивидуальные предприниматели, 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 и транспортировке;

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

– к **иным 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.).

1.5. При заключении Договора страхования или в период его действия до наступления страхового случая стороны могут договориться об изменении или исключении из условий Договора страхования отдельных положений настоящих Правил страхования, при условии, что такие изменения, исключения не противоречат законодательству Российской Федерации.

1.6. Договор страхования, если в нем прямо не предусмотрено иное, действует на территории Российской Федерации.

Территория действия Договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства может включать субъекты Российской Федерации, на территории которых Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность. В этом случае территория страхования ограничена административными границами субъектов Российской Федерации, указанных в Договоре или полисе.

1.7. 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. В Договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

При этом размещение указанной информации на официальном сайте 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.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, иностранных граждан и лиц без гражданства является имущественный интерес, связанный с оплатой организации и оказания медицинских услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. По настоящим Правилам страховым случаем является совершившееся событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам в соответствии с условиями Договора страхования.

3.3. По Договору страхования, заключенному по настоящим Правилам (с учетом исключений из числа страховых рисков и страховых случаев, указанных в п.п. 3.7 – 3.12 Правил), страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу, в связи с внезапным заболеванием Застрахованного и/или несчастным случаем с Застрахованным, при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия Договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугам, включенными в Программу, в том числе транспортными. В случае если это предусмотрено Договором также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела застрахованного в объеме, предусмотренном Договором и выбранной Программой/Программами.

Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия страхования и требующая неотложного медицинского вмешательства.

Под несчастным случаем подразумевается одномоментное внезапное, непредвиденное, непреднамеренное воздействие различных внешних факторов (физических, химических, технических и т.д.), характер, время и место которого могут быть однозначно определены, произошедшее в период действия Договора страхования, помимо воли Застрахованного, в результате которого причиняется вред здоровью Застрахованного или наступает его смерть.

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

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

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

3.6. В зависимости от пожеланий Страхователя, в Программу страхования в любой комбинации могут быть включены также дополнительные риски.

3.6.1. Программы страхования амбулаторно-поликлинической помощи могут содержать как отдельные, так и все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, оказание помощи в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение; 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.

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

3.6.2. 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, протезно-ортопедическую, 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; питание, уход медицинского персонала; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания.

Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские услуги предоставляются Застрахованному лицу с его возможным круглосуточным пребыванием в это медицинском учреждении.

3.6.3. Программы страхования, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригад скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, а также медицинскую перевозку Застрахованного лица в амбулаторно-поликлиническое или стационарное медицинское учреждение за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами.

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

3.7.1. Оказанные медицинские услуги не были предусмотрены Программой страхования или не были согласованы со Страховщиком.

3.7.2. Медицинское учреждение и/или иное учреждение (организация), в котором Застрахованному лицу была оказана помощь, неуказанная в Договоре страхования, или которая не была согласована со Страховщиком.

3.7.3. 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.

3.7.4. Оказанные медицинские услуги не назначены врачом или выполнены по желанию Застрахованного лица без согласования со Страховщиком.

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

3.8. Если Договором страхования и Программой не предусмотрено иное, к страховым рискам не относится, не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги, полученные Застрахованным лицом:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- по оказанию медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах в случаях умышленного причинения Застрахованным лицом вреда своему здоровью или в результате сознательного нарушения Застрахованным лицом правил техники безопасности или инструкций по проведению работ, о содержании которых было известно Застрахованному лицу до момента возникновения угрозы здоровью;

- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3.9. 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 т.п. документы.

3.10. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение (организацию) вызвано заболеваниями и несчастными случаями, возникшими в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

- особо опасной инфекционной болезни в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина;

- в результате террористических актов.

3.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, к страховым рискам не относится и не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами:

3.11.1. Если обращение Застрахованного произошло после окончания срока действия Договора страхования.

3.11.2. Вследствие заболеваний и/или несчастных случаев, возникших в результате стихийных бедствий, опасных природных явлений, природных чрезвычайных ситуаций или природно-техногенной катастрофы.

3.11.3. В других случаях, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования.

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

3.13. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений, указанных в п.п. 3.8, 3.11 настоящих Правил, как в целом, так в любой части исключений, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях, указанных в п. 3.10 настоящих Правил. В отдельных случаях в Договоре страхования стороны могут оговорить особый размер и порядок страховых выплат в связи со страховыми событиями, предусмотренными п. 3.10.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

4.1. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого перечня конкретных видов и объема медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования.

4.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем на 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, а также по отдельным заболеваниям (состояниям), услугам, видам медицинской и иной помощи, а также в целом по Договору страхования. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховых выплат – по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных лиц и т.п.

4.3. В Договоре страхования применяется агрегатная страховая сумма.

Агрегатная страховая сумма – уменьшаемая страховая сумма, рассчитываемая как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям.

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, Договор страхования прекращается.

4.4. Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, указанной в Договоре.

В случаях, если стоимость медицинских услуг превышает размер страховой суммы, Страхователь вправе заключить со Страховщиком соглашение, в соответствии с которым Страхователь обязуется возместить Страховщику расходы на оказание медицинских услуг, в сумме, превышающей страховую сумму или увеличить страховую сумму с учетом уплаты дополнительной страховой премии (с согласия Страховщика).

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

4.6. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом объекта страхования, характера страховых рисков, условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

4.7. Страховщик может при расчете сумм страховой премии использовать повышающие/понижающие коэффициенты к утвержденным тарифам в соответствии с оценкой степени риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется соглашением сторон на основании базовых тарифов, с учетом коэффициентов риска, зависящих от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер будущих убытков, а именно: возраста и пола застрахованного лица, объема Программы страхования (виды медицинской помощи, включенные в Программу страхования и оплачиваемые Страховщиком), срока действия Договора страхования, категории медицинского учреждения и размера медицинской инфляции, общей численности Застрахованных лиц в рамках одного Договора, валюты Договора страхования, персональных исключений из Программы страхования, территории покрытия и предполагаемого характера трудовой деятельности Застрахованного лица.

4.8. Для определения ставки страховой премии Страховщик может потребовать от Застрахованного лица заполнить медицинскую анкету кандидата на страхование. При необходимости Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо 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».

4.9. 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.

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

4.11. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку в порядке и сроки, определенные Договором страхования, наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов.

4.12. Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или на расчетный счет уполномоченного страхового агента, если Договором не предусмотрено иное.

4.13. Под уплатой страховой премии (взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

4.14. 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.

4.15. 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.

4.16. При наличии в Договоре страхования условий об оплате страховой премии в рассрочку:

4.16.1. 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.

4.16.2. 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.

4.17. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

4.18. 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).

4.19. По результатам перерасчета в случае необходимости Страховщик имеет право потребовать от Страхователя доплату 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 по определенной Программе добровольного медицинского страхования.

4.20. При изменении стоимости медицинских услуг в период действия Договора страхования, если иное не установлено в Договоре страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии путем направления Страхователю уведомления с указанием о повышении стоимости медицинских услуг и расчетом измененной страховой премии за не истекший период действия Договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 15 (пятнадцать) рабочих дней до даты изменения страховой премии по Договору страхования. После подтверждения факта получения Страхователем такого уведомления, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом.

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

5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность. 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.).

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

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 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 медицинской помощи.

5.3. До заключения Договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику документы, необходимые для идентификации Страхователя, уполномоченного представителя Страхователя (при наличии), выгодоприобретателя¹ и бенефициарного владельца (при

¹ 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»

наличии) в соответствии и порядке, установленными внутренними документами Страховщика. Документы для идентификации представляются Страховщику в подлиннике либо должным образом заверенной копии.

Представление документов для идентификации в электронной форме для физических лиц допускается только если общая сумма страховой премии Договора страхования не превышает 15000 рублей либо сумму в иностранной валюте, эквивалентную 15000 рублей. В иных случаях документы, представляемые Страхователем в электронной форме для идентификации лиц, подлежащих идентификации, должны быть подписаны усиленной квалифицированной электронной подписью.

В случае отказа Страхователя от предоставления таких сведений Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.

5.4. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о размерах, сроках и порядке страховой выплаты;
- о перечне медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования;
- об исключениях из Договора страхования;
- о перечне медицинских и иных учреждений, если Договором прямо не предусмотрено иное;
- о территории страхования.

5.5. Заключение Договора страхования с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем может осуществляться путем составления отдельного документа, в рамках которого Застрахованным лицам по Договору страхования выдаются именные страховые полисы.

5.5.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное заявление представителя Страхователя или письменное заявление Страхователя, в котором должны быть указаны:

- сведения о Страхователе юридическом лице: организационно-правовая форма и наименование организации; адрес места нахождения, телефон, факс (при наличии), адрес сайта и/или электронной почты организации (при наличии); идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, государственный регистрационный номер, место государственной регистрации; банковские реквизиты организации; должность, фамилия, имя и отчество лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени Страхователя (Застрахованного лица) и документ, на основании которого он подписывает Договор;

– сведения о Страхователе индивидуальном предпринимателе: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая); дата и место рождения; гражданство (при наличии); адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации; 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); контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)); дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в

единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации; идентификационный номер налогоплательщика, дата постановки на учет индивидуального предпринимателя в налоговом органе; банковские реквизиты индивидуального предпринимателя;

– список Застрахованных лиц по форме, согласованной со Страховщиком с указанием: фамилии, имя, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), пол, дата и место рождения, гражданство (при наличии), адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации, 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), контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

– Программа страхования;

– срок действия Договора страхования.

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных сведениях и документах отсутствуют необходимые данные об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска, а также в порядке, предусмотренном п. 4.8 настоящих Правил, предложить Застрахованному лицу заполнить медицинскую анкету и/или направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

5.5.2. Факт заключения Договора страхования подтверждается оформлением единого документа - Договора страхования и выдачей страховых полисов, подпадающих под действие вышеуказанного Договора страхования, на каждое Застрахованное лицо, которые с момента их выдачи становятся неотъемлемой частью соответствующего Договора страхования.

Страховщик вправе выдать для каждого Застрахованного лица различные информационные документы: страховую пластиковую карточку, пропуск в медицинскую организацию и др.

5.6. Заключение Договора медицинского страхования с физическим лицом.

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

– данные Страхователя: фамилии, имя, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), пол, дата и место рождения, гражданство (при наличии), адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации, 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), контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

– Программа страхования;

– срок действия Договора страхования.

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных сведениях и документах отсутствуют необходимые данные об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска, а также в порядке, предусмотренном п. 4.8 настоящих Правил, предложить

Застрахованному лицу заполнить медицинскую анкету и/или направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

5.6.2. Факт заключения Договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Договора страхования и/или Страхового полиса и/или выдачей страховой пластиковой карточки, страхового полиса.

Страховщик вправе выдать для каждого Застрахованного лица различные информационные документы: страховую пластиковую карточку, страховой полис, пропуск в медицинскую организацию и др.

5.7. Полис должен содержать в том числе следующие сведения.

5.7.1. Сведения о Страхователе:

а) в случае если Страхователем является физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;

- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

б) в случае если Страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый

государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

в) в случае если Страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;

- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и/или на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;

- адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;

- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и/или электронной почты организации (при наличии));

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени Страхователя и документ, на основании которого он подписывает Договор страхования.

5.7.2. Информацию о Застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- пол;

- дата рождения;

- вид и данные удостоверяющего личность Застрахованного лица документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;

- гражданство (при наличии);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

5.7.3. Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;

- номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;

- адрес (место нахождения);

- телефон (факс);

- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

- банковские реквизиты;

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени Страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает Договор.

5.7.4. Реквизиты полиса:

- серия и номер бланка полиса;

- номер средства визуального контроля.

- 5.7.5. Дату заполнения полиса.
- 5.7.6. Срок действия Договора страхования.
- 5.7.7. Территорию действия Договора страхования.
- 5.7.8. Размер страховой суммы.
- 5.7.9. Подпись Страхователя.

5.8. 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.

5.9. 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 с Страхователем.

5.10. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации (п.2 ст.179 ГК РФ), за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

5.11. В случае 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 соответствующий страховой взнос за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

5.12. Изменение условий Договора страхования оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

5.13. В соответствии с действующим законодательством Страховщик вправе обмениваться со Страхователем информацией в электронной форме, принять созданную и отправленную Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) 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.

При этом в случае направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ «Об электронной подписи», Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

5.14. Вручение страхового полиса в электронной форме на основании письменного или устного заявления Страхователя может быть осуществлено путем направления Страхователю посредством информационно – телекоммуникационной сети «Интернет». Оплата страховой премии или первого страхового взноса (если страховым полисом предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в страховом полисе, подтверждает принятие Страхователем страхового полиса, получение настоящих Правил страхования и согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных условиях.

Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор на предложенных Страховщиком условиях.

5.15. 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. В страховом полисе оттиск печати Страховщика может быть выполнен путем печати изображения оттиска типографским или иным способом.

5.16. Если после заключения Договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для Сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного Договора страхования.

5.17. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса или именной страховой карты, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика.

Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен Страхователю (Застрахованному лицу) выдается новый страховой полис или страховая карта. При повторной утрате страхового документа в течение действия Договора страхования, со Страхователя (Застрахованного лица) дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на согласованный сторонами срок. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

6.2. Срок действия Договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

6.3. При страховании на срок менее одного года страховая премия (страховой взнос) определяется от годового размера страховой премии с учетом коэффициента краткосрочности.

6.4. Договор страхования, если в нем 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.

6.5. 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).

6.6. Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как дата его окончания, если Договором не предусмотрено иное.

6.7. Договор страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока его действия;

б) исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

в) в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и/или размере, если Страховщиком не была предоставлена отсрочка уплаты либо если Договором страхования не предусмотрены иные последствия неуплаты очередного страхового взноса – в срок, указанный в пункте 4.16.2 настоящих Правил;

г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случая замены Страхователя в Договоре страхования;

д) в случае смерти Застрахованного лица с даты его смерти в части, не касающейся репатриации тела Застрахованного лица при условии наличия репатриации в Программе страхования. Коллективный Договор страхования в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица;

е) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, с даты, определенной законом или Договором страхования;

ж) в случаях, предусмотренных п.п. 5.10, 7.3, 7.4;

з) в момент выезда Застрахованного с территории Российской Федерации;

и) по соглашению сторон – с даты подписания такого соглашения или с даты, указанной в данном соглашении.

6.8. Договор страхования может быть расторгнут досрочно в одностороннем порядке (отказ от Договора страхования) по требованию Страхователя в соответствии с нормами гражданского законодательства с письменным уведомлением другой стороны.

6.9. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных Застрахованных лиц, до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страхователю возвращается страховой взнос пропорционально не истекшему сроку действия Договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов при выполнении обязательств в отношении Застрахованного лица.

6.10. При досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя (отказе от Договора страхования) в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица возврат части страховой премии производится Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

6.11. Если уплата страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) состоялась до даты вступления Договора страхования в силу, указанной в Договоре страхования, а Страхователь или Страховщик в силу обстоятельств, определенных

законодательством Российской Федерации, отказываются от заключения Договора страхования, и при этом дата вступления Договора в силу не наступила, страховой взнос, уплаченный до даты вступления Договора страхования в силу, возвращается в полном объеме без удержания расходов Страховщика.

6.12. В том случае, если на момент прекращения Договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 50 (пятидесяти) рабочих дней с момента получения от Страхователя письменного уведомления о прекращении Договора в отношении определенного Застрахованного лица, вернуть Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного лица, пропорциональную части общего срока действия Договора страхования, в течение которого Договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного лица за вычетом понесенных Страховщиком расходов при выполнении обязательств в отношении Застрахованного лица.

6.13. Возврат страховой премии Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования производится в течение 50 (пятидесяти) рабочих дней со дня получения всех счетов за услуги, предоставленные Застрахованным лицам.

7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю станет известно, письменно с приложением документов, позволяющих Страховщику объективно оценить изменение степени риска сообщить Страховщику обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора.

Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, Страховом полисе, Программе страхования.

7.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии (взноса) соразмерно увеличению страхового риска.

7.3. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии (страхового взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

7.4. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. Организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями Договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

8.1.2. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования, вручить Страхователю при заключении Договора страхования Программу страхования.

8.1.3. 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 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.

8.1.4. Выдать Страхователю (Застрахованному лицу) страховой полис.

8.1.5. Произвести страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования.

8.1.6. 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, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных лиц.

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

8.1.8. В случае невозможности оказания медицинским учреждением Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных Договором страхования, организовать и оплатить оказание аналогичной по качеству медицинской помощи в другом медицинском учреждении.

8.1.9. 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.

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования, и проверять ее.

8.2.2. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованными лицами) требований и условий Договора страхования.

8.2.3. Досрочно расторгнуть Договор страхования на условиях настоящих Правил и в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.2.4. По согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения Договора с медицинским и/или иным учреждением (организацией), указанным в Программе страхования.

8.2.5. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

8.2.6. Требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии при увеличении степени страхового риска.

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

8.2.8. Изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении медицинским и/или иным учреждением стоимости предоставляемых медицинских услуг.

8.2.9. 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 медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, но в любом случае не более чем на 60 (шестьдесят) рабочих дней.

8.2.10. 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.

8.2.11. 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.

8.2.12. Отказать в оплате оказанных медицинских услуг по причинам, предусмотренным настоящими Правилами.

8.2.13. Прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в п.п. 5.10, 7.3, 7.4 Правил и предусмотренных действующим законодательством.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. 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.

8.3.2. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, определенные Договором (полисом) страхования.

8.3.3. При заключении коллективного Договора страхования ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования.

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

8.3.5. 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.

8.3.6. 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.

8.3.7. В случае заболевания и/или несчастного случая Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица.

8.3.8. Незамедлительно ставить в известность Страховщика при получении им информации о невозможности получения медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования в Медицинском учреждении, определенном условиями Договора.

8.3.9. При наступлении страхового случая незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, известить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

8.3.10. Надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и/или несчастным случаем Застрахованного лица; обеспечивать сохранность документов по Договору страхования.

8.3.11. Обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых имеющихся у Страхователя документов, имеющих отношение к заболеванию и/или несчастному случаю Застрахованного лица; предоставить представителям Страховщика возможность изучать, копировать, фотографировать любые документы, связанные с заболеванием и/или несчастным случаем Застрахованного лица, а также опрашивать любых лиц, обладающих сведениями (информацией) об обстоятельствах их наступления.

8.3.12. Уведомить Застрахованное лицо о необходимости выполнения им обязанностей (действий), предусмотренных пунктами 8.3.2, 8.3.5 – 8.3.11 настоящих Правил, если указанные обязанности могут или должны быть выполнены указанным лицом, а также информировать Застрахованное лицо об ограничениях, указанных в п. 3.8 настоящих Правил.

8.3.13. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается Договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком и представителями Страховщика его (их-Застрахованных лиц) персональных данных, в том числе необходимой медицинской информации, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

8.3.14. Предоставить Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц.

8.3.15. При нахождении Страхователя на обслуживании в ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф» более года, не реже одного раза в год обновлять идентификационные сведения, представленные Страховщику в соответствии с настоящим пунктом и п. 5.3 настоящих Правил. В случае непредставления обновленных сведений Страхователь, тем самым, подтверждает актуальность ранее представленных Страховщику сведений об идентифицируемых лицах.

8.3.16. Своевременно и в полном объеме предоставить Страховщику документы, затребованные в целях исполнения Страховщиком Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

8.3.17. Своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, телефонов, а также персональных данных Застрахованных лиц в случае их изменения и его фактического места жительства, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования, предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг и их оплаты (или только их оплаты) в соответствии с условиями Договора страхования и установленной им Программой.

8.4.2. Потребовать изменения условий Договора страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и Договором страхования.

8.4.3. При коллективном страховании изменить численность Застрахованных лиц в соответствии с порядком, предусмотренном Правилами страхования. 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 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. 6.4

Правил. При сокращении числа Застрахованных лиц, Страхователь обязан сообщить об этом Страховщику в срок и на условиях п. 7.1 Правил, одновременно предоставив списки лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования. Возврат части страховой премии в этом случае осуществляется в порядке, предусмотренном п.п. 6.10 - 6.12 настоящих Правил.

8.4.4. По соглашению со Страховщиком изменить перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных Правилами страхования и Программами страхования, путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования при условии уплаты по требованию Страховщика дополнительного страхового взноса (дополнительной страховой премии).

Договор на новых условиях начинает действовать со дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии (ее части), если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4.5. Заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Правилами страхования (п.п. 4.19, 4.20) в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

8.4.6. Досрочно отказаться (расторгнуть в одностороннем порядке) от Договора страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц.

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

8.4.8. Требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

8.5. Застрахованные лица обязаны:

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

8.5.2. При получении страховой документации (Договора страхования, полиса, пластиковой карточки, Правил страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов.

8.5.3. 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.

8.5.4. 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 картой Застрахованного лица.

8.5.5. При утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика.

8.5.6. Сообщать своевременно Страховщику об изменении фамилии, имени, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданства, реквизитов документа, удостоверяющего личность, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адреса места жительства (регистрации) или места пребывания.

8.5.7. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

8.5.8. 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.

8.5.9. Немедленно сообщать Страхователю и Страховщику обо всех случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях, определенных Договором страхования. Не позднее 3 дней после устного уведомления Страховщика о непредставлении, неполном или некачественном предоставлении медицинских услуг в медицинских учреждениях, любым доступным способом (электронная почта, факсимильное сообщение, по почте, лично) предоставить Страховщику письменное обращение по данному факту. В случае отсутствия письменного обращения Застрахованного к Страховщику, Страховщик не принимает на себя обязательства по урегулированию претензии.

8.5.10. Уплачивать страховую премию (страховые взносы), если это предусмотрено Договором страхования.

8.5.11. 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.

8.5.12. При обращении за медицинской помощью добросовестно выполнять рекомендации лечащего врача.

8.5.13. 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 по разработанной Страховщиком форме;

- 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).

8.6. Застрахованное лицо имеет право:

8.6.1. Обращаться за получением медицинских услуг, перечень и объем которых определен в Программе страхования, в медицинские и/или иные учреждения (организации), перечень которых определен Программой страхования.

8.6.2. Получать от Страховщика разъяснения условий Договора страхования и Программы страхования.

8.6.3. Требовать от Страховщика в случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг в медицинских учреждениях, установленных Договором страхования, исполнения своих обязательств в соответствии с его условиями.

8.6.4. На получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

8.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

8.7.1. В отношении Договоров страхования (страховых полисов), 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».

8.7.2. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подписывая Договор страхования и/или принимая от Страховщика страховой полис; 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).

8.7.3. 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.

8.7.4. 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 (двадцати пяти) лет с даты его заключения.

8.7.5. Страховщик и представитель 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.

8.7.6. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 (двадцати пяти) лет, если иное не установлено Договором страхования.

8.7.7. 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.

8.7.8. 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 (шести) месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25(двадцати пяти) 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 (двадцати пяти) лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

8.8. 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 РФ, их законные представители.

8.9. 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.

8.10. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. В рамках настоящих Правил, Страховщик в соответствии с условиями Договора страхования в счет страховой выплаты по Договору страхования обязан организовать и оплатить оказание медицинских услуг Застрахованному лицу. Получение Застрахованным лицом медицинских услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения (организации), указанные в Программе страхования.

При наступлении страхового случая Застрахованный информирует об этом Страховщика до обращения, визита в медицинское учреждение. В этом случае Страховщик организует оказание услуг, предусмотренных Договором, и оплачивает данные услуги непосредственно лечебному (иному) учреждению, оказавшему услуги Застрахованному в рамках избранной Договором Программы. Медицинская помощь оказывается

Застрахованному в соответствии с режимом работы местных лечебных учреждений/врачей и регламентом работы служб скорой помощи.

Страховщик вправе согласовать Застрахованному самостоятельное обращение за получением необходимой медицинской помощи, в том числе и с привлечением местных служб скорой помощи за свой счет. В этом случае Застрахованный/его представитель вправе обратиться к Страховщику за рассмотрением вопроса о возмещении понесенных им в связи с наступлением страхового случая расходов.

9.2. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных Договором и/или Правилами страхования необходимых действиях, которые Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

2) о предусмотренных Договором и/или Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

9.3. Застрахованное лицо при обращении в медицинское и/или иное учреждение (организацию) обязано предъявить Страховой полис или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком (страховую пластиковую карточку), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.4. Страховщик может осуществлять авансовые платежи, если это предусмотрено Договором с медицинским и/или иным учреждением, с последующим взаиморасчетом на основании счетов, выставленных медицинским и/или иным учреждением на оплату фактически оказанных услуг.

9.5. Страховая выплата определяется стоимостью предоставленных Застрахованному лицу медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать страховой суммы/лимита страховой ответственности, указанных в Договоре страхования и конкретной Программе страхования.

9.6. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования в форме организации оказания Застрахованному лицу (в счет страховой выплаты по Договору страхования) медицинских услуг, указанных в Договоре страхования, и оплаты стоимости этих услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и/или иную организацию по их счетам.

Получение Застрахованным лицом медицинских 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.

9.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок оказания медицинских 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 конкретных медицинских 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 медицинских услуг не возможно, обнаружения осложнений и/или сопутствующих болезней, требующих дополнительного обследования и/или лечения, не указанных в Программе страхования и т.п.

9.8. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты 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.

9.9. 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 (девяноста) дней с момента получения счета из медицинского или иного учреждения) или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного) (в течение 90 (девяноста) дней с момента обращения Застрахованного лица к Страховщику с просьбой о проведении такой экспертизы).

9.10. Договором страхования может быть предусмотрено осуществление страховой выплаты путем оплаты непосредственно Застрахованному лицу стоимости (возмещения понесенных расходов) оказанной Застрахованному лицу медицинской и/или иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения).

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страхователь Застрахованное лицо или его законный представитель, самостоятельно оплативший стоимость предусмотренных Договором страхования медицинских и/или иных услуг, назначенных его лечащим врачом в медицинском учреждении (организации), указанном в Программе страхования, срок не позднее трех месяцев со дня оказания медицинских и иных услуг, если иной срок не предусмотрен Договором страхования, предоставить Страховщику оригиналы или надлежаще заверенные копии следующих документов:

- письменное заявление о страховой выплате;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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 копии документов, подтверждающих оплату изделий медицинского назначения;

- 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;

- 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;

- документы, подтверждающих 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);

- 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, подтверждающих право действовать в интересах Застрахованного лица.

- банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты.

9.11. 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, предменструальных, 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.

9.12. 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.

9.13. 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.

9.14. 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 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.

9.15. 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).

9.16. В течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или Договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), необходимых для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и определения размера ущерба, Страховщик принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

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

9.18. 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, Выгодоприобретателя 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.

9.19. 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.

9.20. 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.

9.21. Страхователь (Застрахованное лицо или его законный представитель) вправе обратиться с претензиями в отношении объема и качества предоставляемых медицинских услуг, а также в случае отказа в оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, непосредственно в медицинское учреждение (организацию) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.22. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда, причиненного третьими лицами.

9.23. Не возмещаются расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией, начавшейся в период действия Договора страхования.

9.24. Конкретный порядок организации медицинской помощи определяется Программой страхования и Договором страхования.

9.25. В случаях наличия риска превышения стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, страховой суммы Страховщик вправе перевести организацию медицинского обслуживания Застрахованного лица в режим согласования медицинских услуг по гарантийным письмам в адрес медицинского учреждения, подтверждающими согласованный объем медицинской помощи. Страховщик вправе не уведомлять Страхователя и/или Застрахованное лицо о введении такого порядка оказания медицинской помощи в отношении Застрахованного лица.

9.26. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным Договором страхования, произошедшим в период страхования, не может превышать размер общей страховой суммы (лимита ответственности), установленной Договором страхования на данный период страхования.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по Договору страхования, разрешаются в претензионном порядке. Претензия должна содержать сведения о заявителе (фамилию, имя и отчество (последнее - при наличии), дату и место рождения, место жительства), сведения о существовании спора, размере требования имущественного характера. Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования в течение тридцати дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг.

10.2. В досудебном порядке спор подлежит обязательному 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.

10.3. 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 Страховщика, 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.

10.4. 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.