

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

УТВЕРЖДЕНО

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

от «02» февраля 2021 г. № 4

М.А.Ткач



ПРАВИЛА

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
- 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**
- 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
- 4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ**
- 5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**
- 6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 8. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**
- 11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**
- 12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
- 13. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

Страховщик на основании настоящих Правил заключает Договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования. Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лиц, далее именуется коллективным Договором страхования.

1.3. В настоящих Правилах используются следующие определения:

1.3.1. **Страховой полис (сертификат, страховое свидетельство)** - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования;

1.3.2. **Период страхования (срок страхования)** - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором страхования, и соответственно, наступление страхового случая в этом периоде времени влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате в соответствии с условиями Договора страхования;

1.3.3. **Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования)** – перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования. Программа может содержать объем, порядок и условия предоставления (оказания) медицинских и иных услуг, перечень медицинских, сервисных и иных организаций, в которых Застрахованное лицо, в соответствии с условиями Договора страхования, может получить медицинские и/или иные услуги, а также перечень исключений (в том числе индивидуальные исключения) и франшизы. Под исключениями понимается виды медицинских и других услуг, не относящихся к страховому риску и не оплачиваемых Страховщиком. К исключениям могут быть отнесены совокупность услуг по лечению определённого вида заболевания/состояния Застрахованного лица.

Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования. Программа страхования или сочетание программ страхования могут иметь оригинальное название;

1.3.4. **Место жительства** - место, где Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает;

1.3.5. **Медицинские учреждения** – организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются (если применимо);

1.3.6. **Аптечные учреждения** - организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства страны, где они располагаются, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности (если применимо);

1.3.7. **Ассистанские (сервисные) организации (компании)** - организации, действующие по договору со Страховщиком, осуществляющие сервисную поддержку Программ страхования по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, а также оказывающие/организуемые услуги по репатриации;

1.3.8. **Сервисный центр** – контактный центр Страховщика или ассистентская компания, которая по договору со Страховщиком обеспечивает организацию услуг Застрахованным лицам;

1.3.9. **Лекарственное обеспечение** – лекарственные средства, включенные в Программу страхования, выписанные лечащим врачом медицинского учреждения (при необходимости включая их доставку) при амбулаторном лечении либо назначенные лечащим врачом стационарного медицинского учреждения, если стоимость лекарственных средств не входит в стоимость медицинской услуги (стоимость койко-дня), оказываемой при стационарном лечении Застрахованного лица;

1.3.10. **Изделия медицинского назначения** - протезно-ортопедические изделия, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, имплантаты и др. (включая, при необходимости, расходы на их доставку), включенные в Программу страхования и выписанные (назначенные) лечащим врачом медицинского учреждения при амбулаторном лечении либо выписанные (назначенные) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения;

1.3.11. **Медицинская репатриация** – медицинская транспортировка с территории Российской Федерации до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта;

1.3.12. **Посмертная репатриация** – транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая. Страхованием покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе расходы на приобретение гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата ее проведения, определяются Сервисным центром. По желанию родственников, возможна кремация тела Застрахованного с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания не покрываются.

1.3.13. **Медико-транспортные услуги** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.3.14. **Услуги по репатриации** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с Договором страхования и Программой страхования или услуги по транспортировке тела, посмертных останков.

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

1.3.16. **Франшиза** - часть убытков, которая определена Договором страхования, и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

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

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

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы: по Программе, по виду услуг или их комбинации, по каждому страховому случаю, по отдельным заболеваниям, для отдельных Застрахованных (групп Застрахованных), иные виды франшизы и даны их понятия;

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

1.3.18. **Личный кабинет** - раздел официального сайта ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф», доступ к которому осуществляется получателем услуги с использованием идентификации и аутентификации;

1.3.19. **Территория страхования** - территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

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.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования физических лиц выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

2.2. **Страховщик** - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке. Страховщиком по Договору страхования является ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и Лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

2.3. **Страхователь** - российское или иностранное юридическое лицо, или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования.

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

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

В отношении лиц, имеющих на момент заключения Договора страхования нижеследующие заболевания и/или их осложнения, Договор страхования может быть заключен только если Страхователь письменно уведомил Страховщика:

2.4.1. ВИЧ-инфекция, СПИД;

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

2.4.3. Наркологические заболевания (психические и поведенческие расстройства, соответствующие кодам F10-19 (кроме F17 (табакокурение)) и F63.0 МКБ-10);

2.4.4. Психические расстройства и расстройства поведения;

2.4.5. Злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.4.6. Туберкулез;

2.4.7. Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и/или связанные с ними осложнения;

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

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

2.4.10. Хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.4.11. Инвалидность (кроме III группы).

Застрахованное лицо, имеющее заболевания, перечисленные в п.п. 2.4.1-2.4.11, может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

При страховании лица, имеющего заболевание, предусмотренное п.п. 2.4.1-2.4.11, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеванию, указанному в п.п. 2.4.1-2.4.11 или состоянием/осложнением, связанным с этим заболеванием, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования.

Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут диагностированы заболевания, из числа указанных в п.п. 2.4.1-2.4.11 Правил, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза и связанных с ним осложнений, в соответствии с п. 1 ст. 450.1 ГК РФ Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного.

2.5. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, может быть заменено по письменному заявлению Страхователя другим лицом лишь с согласия Страховщика и при наличии у Страхователя согласия Застрахованного лица на замену. Договор страхования может предусматривать дополнительные условия по замене застрахованных лиц.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с оплатой организации и оказания ему медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства его здоровья или состояния физического лица, требующего организации и оказания

таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. **Страховым риском** признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

4.2. **Страховым случаем** является:

4.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, диспансерной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи, требующей оказания медицинских и иных услуг в пределах их перечня, предусмотренного Договором страхования и в соответствии с Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования;

Объем оказанных медицинских и иных услуг и оплачиваемый Страховщиком определяется выбранной Программой страхования;

4.2.2. возникновение у Застрахованного лица или у его законных представителей непредвиденных расходов по репатриации Застрахованного, вызванной несчастным случаем или заболеванием.

4.3. Страховым случаем не является, и Страховщик не возмещает стоимость услуг, оказанных Застрахованному лицу в следующих случаях:

4.3.1. оказанные медицинские и иные услуги не были предусмотрены Договором страхования, Программой страхования и не были согласованы со Страховщиком;

4.3.2. медицинские и иные услуги оказаны медицинским учреждением, не предусмотренным Договором страхования, Программой страхования и не были согласованы со Страховщиком;

4.3.3. 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;

4.3.4. оказанные медицинские услуги не назначены врачом или выполнены по желанию Застрахованного лица;

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

4.4. К страховым рискам не относится, не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает оказанные медицинские услуги, если они были оказаны незастрахованному лицу.

4.5. Не является страховым случаем, и Страховщик не возмещает стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с патологическим состоянием, травмами и заболеваниями, возникшими или полученными:

4.5.1. под воздействием алкоголя (в случае если Договором прямо не предусмотрено иное), наркотических или токсических веществ, которые применялись с немедицинскими целями;

4.5.2. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии и/или не имеющему права управления транспортным средством;

4.5.3. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

4.5.4. вследствие получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным лицом противоправных действий;

4.5.5. вследствие намеренного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, попытками и/или имитацией самоубийства и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено соответствующими судебными решениями.

4.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не является страховым случаем и Страховщик не возмещает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу:

4.6.1. в связи с оказанием медицинской помощи по заболеваниям, указанным в п.п. 2.4.1-2.4.11;

4.6.2. в связи с лечения алкоголизма, токсикомании или наркомании;

4.6.3. если обращение Застрахованного произошло за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф»;

4.6.4. вследствие заболеваний и/или травм, возникших в результате стихийных бедствий, опасных природных явлений, природных чрезвычайных ситуаций или природно-техногенной катастрофы;

4.6.5. вследствие заболевания и/или травмы и/или необходимости проведения лечения (долечивания), возникшего в результате получения косметических и/или медицинских услуг, не предусмотренных Договором страхования;

4.6.6. если обращение Застрахованного лица связано с необходимостью получения медицинских и других услуг в связи с продолжением лечения, которое началось до начала непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф»;

4.6.7. если обращение Застрахованного лица связано с заболеванием, выявленным до начала непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф», и о наличии этого заболевания Страхователь не предупредил Страховщика;

4.6.8. если обращение Застрахованного было связано с наблюдением за хроническим заболеванием вне периода развития острого состояния и обострения хронического заболевания;

4.6.9. в связи с воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.6.10. в связи с военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями;

4.6.11. в связи с гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

4.6.12. в связи с опасной инфекционной болезнью в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина или мер чрезвычайного или ограничительного характера на территории местонахождения Застрахованного лица;

4.6.13. в результате террористического акта.

4.7. Не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего Договора страхования.

4.8. Страховым случаем не является, и Страховщик не возмещает стоимость дополнительных услуг, которые могут возникнуть при транспортировке и/или репатриации Застрахованного:

4.8.1. расходы на связь с Сервисным центром;

4.8.2. расходы по сопровождению Застрахованного третьими лицами (оплата транспорта, проживания, страхования, питания, услуг переводчика);

4.8.3. расходы по переводу документов, поименованных в п. 11.5.6 на русский язык.

4.9. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие вследствие:

4.9.1. отказа Застрахованного от репатриации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям и предложена Страховщиком (Сервисным центром) Застрахованному. В этом случае Страховщик не оплачивает все виды расходов, возникших с даты предполагаемой медицинской транспортировки и разрешенных медицинской документацией;

4.9.2. отказа Застрахованного на перевод/транспортировку в другую клинику или медицинскую эвакуацию, если эта транспортировка была разрешена врачом, и не было медицинских противопоказаний для ее проведения предложенным способом. С момента этого отказа Страховщик не покрывает дальнейшие расходы на медицинские и иные услуги.

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

4.11. Информация об обстоятельствах, влияющих на оценку страхового риска и описанных в настоящих Правилах, считается запрошенной у Страхователя со стороны Страховщика с момента подписания Страхователем заявления на страхование, в том числе проставлением Страхователем специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в личном кабинете и ознакомления Страхователя с настоящими Правилами. Непредставление Страхователем информации о наличии таких обстоятельств с момента подписания им заявления на страхование, в том числе проставлением Страхователем специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в личном кабинете и ознакомления с настоящими Правилами считается подтверждением Страхователя об отсутствии существенных факторов, влияющих на оценку страхового риска.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. **Страховой суммой** является предельный (максимальный) размер суммы всех страховых выплат по Договору страхования. Страховая сумма устанавливается в денежном выражении Договором страхования.

5.2. **Индивидуальной страховой суммой** является предельный (максимальный) размер суммы всех страховых выплат для одного Застрахованного лица. Индивидуальная страховая сумма может устанавливаться Договором коллективного добровольного медицинского страхования.

5.3. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого перечня конкретных видов и объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских услуг) и/или иной (в том числе медико-

социальной, медико-транспортной, услуги по репатриации, а также получения медикаментов, изделий медицинского назначения и др.), предусмотренных Программой страхования.

5.4. Индивидуальная страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем для каждого Застрахованного лица и указывается в Договоре страхования. Договором страхования может быть также предусмотрена страховая сумма в целом по Программе страхования или по нескольким Программам страхования, по отдельным заболеваниям (состояниям), услугам, видам медицинской и иной помощи, а также в целом по Договору страхования.

5.5. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности (максимальный суммарный размер страховых выплат за период страхования) – по отдельным Программам, видам и количеству медицинских услуг, группам Застрахованных, по видам и частоте заболеваний, ограничениям по длительности лечения (оказания услуг) по любому другому признаку.

5.6. Страховая сумма может устанавливаться как в российских рублях, так и в любой иностранной валюте. В случае если страховая сумма установлена в валюте и Договором страхования прямо не предусмотрено иное, применяется курс, установленный ЦБ РФ на дату перечисления страховой премии.

5.7. При страховании с указанием размеров страховых сумм и страховой премии в Договоре страхования в валютном эквиваленте, Страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату уплаты (перечисления), если Договором страхования не предусмотрено иное. При уплате страховой премии в рассрочку очередная часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного страхового взноса.

5.8. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом объекта страхования, характера страховых рисков, условий страхования, в том числе применяемой франшизы, выбранной Страхователем Программы страхования, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.9. Страховщик может при расчете размера страховой премии использовать повышающие/понижающие коэффициенты к утвержденным тарифам в соответствии с оценкой степени риска, зависящих от факторов риска, которые влияют 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, размера медицинской инфляции, преysкурантов цен медицинских или иных учреждений, общей численности Застрахованных лиц в рамках одного Договора, валюты Договора страхования, персональных исключения из Программы страхования, территории страхования.

Конкретный размер страхового тарифа определяется соглашением сторон.

5.10. Для определения размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страховщик имеет право предложить Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) заполнить медицинскую анкету кандидата на страхование. Сведения, указанные в заявлении на страхование и в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). Для уточнения (подтверждения) указанных данных Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:

5.10.1. предоставления информации о наличии факторов риска: производственных, бытовых, генетических, образа жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни), влияющих на оценку страхового риска;

5.10.2. предоставления выписок из истории болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику;

5.10.3. предоставления удостоверения об инвалидности, при его наличии;

5.10.4. предоставления справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;

5.10.5. проведения за счет Страхователя (лица, принимаемого на страхование) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.

В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления указанной дополнительной информации и запрашиваемых документов Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

5.11. 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.

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

5.13. 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.

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

5.15. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в Договоре страхования по соглашению Страхователя и Страховщика.

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

5.16. 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.

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

5.17.1. в Договоре 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, изменение перечня и/или количества медицинской помощи;
- 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;

5.17.2. 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.

5.18. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования это лицо не приобретает.

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

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

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

Страховщик вправе предусмотреть в Договоре страхования минимальный остаточный срок страхования, после наступления которого замена Застрахованных лиц прекращается.

5.20. При заключении Договора страхования Страховщик 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.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику (его уполномоченному представителю) либо с письменным заявлением, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (в электронной форме, устное заявление и т.д.).

6.2. Договор страхования на основании настоящих Правил может быть заключен:

6.2.1. на бумажном носителе;

6.2.2. в виде электронного документа.

6.3. Страховщик вправе предложить Страхователю заключить договор страхования на определенных условиях путем направления Страхователю Договора страхования в виде оферты. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается акцептом Страхователя, полученного Страховщиком в порядке и сроки, предусмотренные такой офертой. При достижении обоюдного согласия сторонами такой Договор страхования может быть подписан с использованием факсимильной печати и подписи Страховщика и Страхователя (их уполномоченных представителей), а также направлен по электронной почте и/или с использованием специальных защищенных каналов связи.

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

6.5.1. о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);

6.5.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);

6.5.3. о сроке действия Договора и размере страховой суммы;

6.5.4. о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);

6.5.5. о размерах, сроках и порядке страховой выплаты;

6.5.6. о перечне медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования;

6.5.7. об исключениях из Договора страхования.

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

Программа страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком.

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о характере события (страхового риска), на случай наступления которого осуществляется страхование путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему Договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица; кроме того, Страховщик и Страхователь могут указать в Договоре страхования название Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

6.7. По соглашению между Страховщиком и Страхователем при заключении Договора страхования или в период действия Договора страхования условия Договора страхования могут включать дополнения, изменения или исключения отдельных положений настоящих Правил в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

6.8. При наличии противоречий между положениями Договора добровольного медицинского страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре страхования.

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

При этом размещение указанной информации на официальном сайте не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем Страховщика 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.

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

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

6.12. Страховщик предоставляет Страхователю информацию о размере 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.

6.13. 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.

6.14. Договором страхования может быть предусмотрено условие о том, что оплата Страхователем страховой премии в соответствии с условиями заключенного Договора страхования является подтверждением получения Страхователем Договора страхования, Правил страхования и согласием с условиями страхования.

6.15. До заключения Договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику документы, необходимые для идентификации Страхователя, уполномоченного представителя Страхователя (при наличии), выгодоприобретателя и бенефициарного владельца¹ (при наличии) в соответствии и порядке, установленными внутренними документами ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф». Документы для идентификации представляются в ООО «Страховая компания «Кредит Европа Лайф» в подлиннике либо должным образом заверенной копии. В случае отказа Страхователя от предоставления таких сведений Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.

6.16. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страховщиком может быть предусмотрена возможность подачи Страхователем заявления на страхование в электронной форме через Сайт Страховщика путем заполнения заявления на страхование по размещенной на Сайте Страховщика форме, предусматривающей обязательные для заполнения позиции (сведения).

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

Направление по указанному адресу электронной почты Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления Договора страхования (страхового полиса, свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 N 63-ФЗ «Об электронной подписи», является надлежащим вручением Договора страхования Страхователю.

Вручение страхового полиса в электронной форме на основании письменного или устного заявления Страхователя может быть осуществлено путем направления Страхователю посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», через электронную почту, а также через защищенные каналы связи.

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

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

В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также пунктом 4 статьи 6.1. Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, Договор страхования (полис, свидетельство, сертификат), составленный в виде электронного

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»

документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

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

6.17. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- фамилия имя и отчество (при наличии) ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих Договор страхования, их полномочия;
- страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
- численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по Договору страхования;
- список Застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества(при наличии), пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
- условия страхования;
- срок действия Договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
- страховая сумма;
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

6.18. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- фамилия имя и отчество (при наличии) Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- паспортные данные Страхователя;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- фамилия имя и отчество (при наличии) ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего Договор страхования, его полномочия;
- страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
- список Застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору;
- условия страхования;
- срок действия Договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
- страховая сумма;
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

6.19. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по Договору страхования.

6.19.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, фамилию, имя и отчество (при наличии) Застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.

6.19.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение 7 (семи) рабочих дней после вступления Договора страхования в силу.

6.19.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия Договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.

6.19.4. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.

6.19.5. По согласованию Сторон сертификаты и иные документы могут передаваться Страховщиком Застрахованным в электронном виде посредством электронной почты, через мобильное приложение или Личный кабинет на Сайте Страховщика.

6.20. В Договоре страхования с согласия Страхователя предусматривается возможность использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

6.21. Изменение условий Договора страхования оформляется дополнительным соглашением, которое после подписания сторонами становится неотъемлемой частью Договора страхования.

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

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

7.2. При страховании на срок менее одного года страховая премия (страховой взнос) определяется как годовой размер страховой премии, умноженный на коэффициент краткосрочности, величина которого в зависимости от срока действия договора приведена в нижеследующей таблице:

Показатель	Срок действия договора в месяцах										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности	0,30	0,40	0,50	0,55	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При этом неполный месяц принимается за полный.

При заключении Договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года, при этом неполный месяц считается за полный.

7.3. Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата начала действия Договора страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в соответствии с п.5.14.

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

7.5. 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).

7.6. Договор страхования прекращается в случаях:

7.6.1. истечения срока его действия;

7.6.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

7.6.3. 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 – в срок, указанный в п. 5.17.2 настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрены иные последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса;

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

7.6.5. в случае смерти Застрахованного лица, с даты его смерти. Коллективный Договор страхования в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица;

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

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. Подтверждением направления письменного заявления в срок является дата регистрации Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (при обращении Страхователя в офис Страховщика) либо дата почтового штемпеля отправителя (при направлении Страхователем документов на адрес Страховщика средствами почтовой связи).

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

пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования. Страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора. Страховая премия перечисляется Страхователю или выплачивается в кассе Страховщика на основании заявления Страхователя;

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

7.6.8. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, с даты, определенной законом или Договором страхования.

7.7. В случае прекращения Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3 (трех) рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).

7.8. В случаях, не попадающих под условия п.7.6.6, 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 Страховщика в срок не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

При этом Договор страхования по требованию Страхователя может быть прекращен в целом или в отношении отдельных Застрахованных лиц, до наступления срока, на который он был заключен. При этом Страхователю возвращается страховой взнос пропорционально не истекшему сроку действия Договора страхования за минусом расходов Страхователя на ведение дела в размере 20 (двадцати) процентов от размера оплаченной страховой премии, установленной при заключении Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.9. 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 только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором страхования в соответствии с условиями Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.10. При страховании в валюте в случае прекращения (расторжения) Договора страхования, если возврат части страховой премии за не истекший срок действия предусмотрен условиями Договора страхования, возврат части страховой премии за не истекший срок страхования осуществляется исходя из фактически уплаченной страховой премии в рублях.

7.11. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего Договора страхования и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же договору.

7.12. Если в течение срока действия Договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении Договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.4.1-2.4.11, и/или получил услуги, не относящиеся к страховым случаям в соответствии с разделом 4 Правил Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие Договора страхования в отношении этого Застрахованного, в соответствии с п. 1 ст. 450.1 ГК РФ и/или обратиться в суд с требованием о признании Договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

7.13. После получения информации, предусмотренной п.7.12 Правил, Страховщик уведомляет Страхователя о прекращении действия Договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного, содержащее ссылку на основания, предусмотренные п.2.4 или разделом 4 Правил, страховая премия, оплаченная Страхователем за Застрахованного, не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.14. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в п.7.12 Правил, с даты, уведомления Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 рабочих дня до даты прекращения действия Договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения Договора страхования в отношении последнего.

7.15. Возврат страховой премии Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования производится в течение 45 дней со дня получения заявления Страхователя о расторжении Договора страхования

7.16. В том случае, если после момента прекращения Договора страхования, как это определено п.п. 7.12-7.14 Правил, у Страхователя в соответствии с условиями Договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос страховой премии, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования после момента прекращения Договора страхования как это описано в п.п. 7.12-7.14 Правил.

8. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, не позднее 3 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.

8.2. Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, страховом полисе (сертификате, страховом свидетельстве), Программе страхования.

8.3. 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.

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

8.5. 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.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

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

9.1.2. 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;

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

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

9.1.4. 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;

9.1.5. 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.

9.2. Страховщик имеет право:

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

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

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

9.2.4. Требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

9.2.5. В течение срока рассмотрения документов, определенного настоящими Правилами, принять решение о продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате до выяснения всех обстоятельств страхового случая (в т.ч. до получения письменного ответа на запросы, направленные в компетентные органы), а также характера, объема и стоимости медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг), и иных указанных в Договоре страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу;

9.2.6. 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;

9.2.7. Отказать в оплате оказанных медицинских и иных услуг по причинам, предусмотренными настоящими Правилами;

9.2.8. Прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного лица, не выполнившего требования п. 9.5 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия Договора Страхователю и Застрахованному;

9.2.9. Прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в разделе 6 настоящих Правил и предусмотренных действующим законодательством;

9.2.10. Совершать иные действия в целях выполнения своих обязательств по Договору страхования и иные права, специально предусмотренные Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. 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;

9.3.2. В случае изменения идентификационных сведений, представленных Страховщику в соответствии с п. 6.15 настоящих Правил, в течение 5-ти рабочих дней предоставить Страховщику информацию о соответствующих изменениях и документы, подтверждающие новые идентификационные сведения Страхователя и/или представителя, и/или Выгодоприобретателя, и/или бенефициарного владельца;

9.3.3. 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. 6.15 настоящих Правил. В случае непредставления обновленных сведений Страхователь, тем самым, подтверждает актуальность ранее представленных Страховщику сведений об идентифицируемых лицах;

9.3.4. 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»;

9.3.5. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, определенные Договором (страховым полисом, сертификатом, страховым свидетельством) страхования;

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

9.3.7. Обеспечить прохождение медицинского освидетельствования Застрахованным лицом по требованию Страховщика;

9.3.8. 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;

9.3.9. 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;

9.3.10. В случае заболевания и/или травмы Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного;

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

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

9.3.13. Уведомить Застрахованное лицо о необходимости выполнения им обязанностей (действий), предусмотренных подразделом 9.5 настоящих Правил, если указанные обязанности могут или должны быть выполнены указанным лицом;

9.3.14. 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;

9.3.15. Предоставить Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц;

9.3.16. 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.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. Требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования, оплаты медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования и установленной им Программой;

9.4.2. Потребовать изменения условий Договора страхования в порядке, предусмотренным настоящими Правилами и Договором страхования.

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 начинается действовать в сроки, установленные п. 7.3 Правил. При сокращении числа Застрахованных лиц, Страхователь обязан сообщить об этом Страховщику в срок и на условиях п. 8.1 Правил, одновременно предоставив списки лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования;

9.4.3. Заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Договором страхования, Правилами страхования в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ;

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

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

9.4.6. Отказаться от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;

9.5. Застрахованные лица обязаны:

9.5.1. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

9.5.2. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования, требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.5.3. Компенсировать Страховщику в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом Застрахованного лица;

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

9.5.5. Сообщать Страховщику в течение действия Договора страхования незамедлительно обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут привести к увеличению риска наступления страхового случая;

9.5.6. 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;

9.5.7. Не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости;

9.5.8. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) если это предусмотрено Договором страхования;

9.5.9. 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;

9.5.10. При обращении за медицинской и/или иной помощью добросовестно выполнять рекомендации лечащего врача;

9.5.11. Возместить (компенсировать) расходы, понесенные Страховщиком по оплате предоставленных Застрахованному лицу услуг, если эти расходы не предусмотрены Договором страхования;

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

9.6. Застрахованное лицо имеет право:

9.6.1. Обращаться за получением медицинской помощи и иных услуг, перечень и объем которых определен в Программе страхования, в медицинские и/или иные учреждения (организации);

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

9.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

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

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

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

9.7.3. 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;

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

9.7.5. Страховщик и представители Страховщика имеют право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) 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;

9.7.6. Согласие Страхователя (Застрахованного лица) на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 лет, если иное не установлено Договором страхования;

9.7.7. 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;

9.7.8. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:

9.7.8.1 Застрахованным лицом – действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается;

9.7.8.2 Страхователем – физическим лицом Договор страхования прекращается полностью;

9.7.9. Действие Договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;

9.7.10. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие Договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

9.8. Прочие права и обязанности сторон:

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

9.8.2. 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;

9.8.3. 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;

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

10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

10.1. Сервисный центр при наступлении страхового случая содействует в организации медицинской и иной помощи Застрахованному, информирует его о порядке предоставления этой помощи, дает рекомендации по дальнейшим действиям.

10.2. Для получения медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, Застрахованный (его Представитель) обязан:

10.2.1. Обратиться в Сервисный центр по круглосуточным телефонам, указанным в Договоре страхования, и сообщить следующую информацию:

- фамилию, имя, отчество Застрахованного;
- дату рождения Застрахованного;
- номер страхового полиса (сертификата);
- описать возникшую проблему, обстоятельства, жалобы, характер требуемой медицинской или иной помощи;
- сообщить точное местонахождение Застрахованного – адрес, название учреждения, контактный телефон;
- ответить на иные вопросы специалиста Сервисного центра;

10.2.2. Обратиться напрямую в медицинское учреждение для получения медицинской помощи, если это предусмотрено условиями Договора страхования или такое обращение предварительно согласовано Сервисным центром;

10.2.3. Строго следовать инструкциям сотрудника Сервисного центра, согласовывать все свои действия;

10.2.4. Предъявить по требованию в медицинском учреждении страховой Полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность с фотографией, при получении услуг, организованных Сервисным центром;

10.2.5. Не давать в залог паспорт и иные документы; не давать расписки и не брать на себя обязательства по оплате медицинских услуг без согласования с Сервисным центром;

10.2.6. Оплатить сумму франшизы, если она предусмотрена Договором страхования;

10.2.7. Соблюдать предписания лечащего врача и порядок, установленный в медицинском учреждении;

10.2.8. При наступлении страхового случая дать согласие на медицинскую репатриацию в регион страны постоянного проживания, если, по мнению врача Сервисного центра, основанному на данных медицинских документов из медицинского учреждения, она возможна и необходима. Отказ Застрахованного дать это согласие влечет утрату прав Застрахованного на покрытие Страховщиком дальнейших расходов на его лечение и пребывание в клинике на территории временного пребывания. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие с даты предложенной медицинской репатриации в случае отказа Застрахованного от медицинской репатриации;

10.2.9. Подписать по указанию Сервисного центра документы, подтверждающие согласие Застрахованного на доступ Страховщика или его представителя к любой информации о состоянии его здоровья, оказанных медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов. Форма согласия представляется клиникой и/или Сервисным центром;

10.2.10. В отдельных случаях, когда невозможно организовать медицинские и иные услуги без оплаты на месте, и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Застрахованный сам оплачивает услуги, организованные Сервисным центром или предварительно согласованные с ним. После чего подает Страховщику документы для рассмотрения вопроса о страховом возмещении в порядке, определенном Правилами и Договором страхования;

10.2.11. Застрахованный (его Представитель) при невозможности обратиться в Сервисный центр в момент наступления страхового события (или носящем признаки такого) должен сделать это при первой возможности.

10.3. Страховщик не несет ответственности за качество оказанных медицинских услуг.

10.4. В случае самостоятельного обращения Застрахованного в медицинское учреждение для получения медицинских услуг без согласования с Сервисным центром Страховщик оставляет за собой право принять решение об отказе в компенсации или о степени участия последнего в урегулировании убытков по данному случаю.

10.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных Договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

10.6. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/ Выгодоприобретателя). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается до получения ответа, но не более, чем на 30 дней с момента направления запроса, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него (либо 30-дневный срок, в зависимости, что наступит ранее) не включается в срок, предусмотренный п.11.4, п.11.5.3 настоящих Правил.

11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. **Страховой выплатой** является оплата Страховщиком стоимости медицинских услуг и/или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, Программой страхования, и оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

11.1.1. Объем страховой выплаты определяется фактическими затратами на оказание медицинских и/или иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и организацией-исполнителем, оказавшей услуги, после выставления счета этой организацией-исполнителем.

11.1.2. При оказании услуг через ассистанскую организацию объем страховой выплаты определяется фактическими затратами на оказание медицинских и/или иных услуг по ценам, согласованным между ассистанской организацией и организацией-исполнителем, оказавшей услуги, после выставления счета за оказанные услуги ассистанской организацией на основании полученного счета за оказанные услуги от организации-исполнителя, оказавшей услуги.

11.1.3. В случае если Договором страхования предусматривается возможность страховой выплаты в форме оплаты непосредственно Страхователю или Застрахованному лицу стоимости (возмещения понесенных расходов), оказанных Застрахованному лицу медицинской и/или иных услуг, объем страховой выплаты определяется фактическими расходами, понесенными Страхователем или Застрахованным лицом по оплате полученных услуг.

11.1.4. В случае, когда остатка страховой суммы по риску недостаточно для оплаты расходов Застрахованного, связанных со страховым случаем (например, стоимость репатриации превышает остаток страховой суммы), Страховщик возмещает Застрахованному, а в случае его смерти – законному представителю или оплачивает учреждению, понесшему реальные расходы по урегулированию страхового случая, часть расходов, равную величине оставшейся страховой суммы

11.2. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских и/или иных учреждений только в пределах страховой суммы (лимита ответственности) по страховому риску.

11.2.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к Договору страхования.

11.2.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в Договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

11.3. Для получения медицинских услуг и/или иных услуг при наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в медицинское и/или иное учреждение, в том числе ассистанскую организацию, предусмотренные Договором страхования, или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или страховом сертификате (страховой пластиковой карточке) для получения информации о порядке предоставления медицинской и/или иной услуги из числа предусмотренных Договором страхования.

11.4. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15 (пятнадцати) дней с даты его получения, если Договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.

11.5. В случае если Договором страхования предусматривается возможность страховой выплаты по Договору страхования путем оплаты непосредственно Страхователю или 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), страховая выплата осуществляется путем оплаты расходов (возмещения понесенных расходов), понесенных Страхователем или Застрахованным лицом на расчетный счет Страхователя или Застрахованного лица в соответствии с указанными в заявлении на страховую выплату банковскими реквизитами.

11.5.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными, если они соответствуют положениям конкретного Договора страхования, а также подтверждаются документами, перечисленными в п. 11.5.6 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

11.5.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 (девяносто) календарных дней после получения им медицинских услуг.

11.5.3. Возмещение производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

11.5.4. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, Страховщик обязан:

11.5.4.1 принять их, но при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

11.5.4.2 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 не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.

11.5.5. Если получателем возмещения расходов не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением, Страховщик вправе требовать предоставления документа, удостоверяющего личность получателя выплаты, а также доверенность от заявителя на получение возмещения. В этом случае срок принятия решения начинается течь не ранее получения Страховщиком данного документа.

11.5.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страхователь или Застрахованное лицо (его законный представитель), для осуществления выплаты должны предоставить Страховщику оригинальные документы:

- письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр;
- страховой полис;
- медицинскую выписку Застрахованного из медицинского учреждения с указанием: фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, даты рождения, истории заболевания, жалоб, диагноза при поступлении, перечня и результатов проведенных инструментальных и лабораторных обследований, проведенного лечения, динамики состояния, сроков лечения, рекомендациями, при стоматологической помощи необходимо указать, какие именно зубы подверглись лечению;
- выписанные врачом рецепты на приобретение лекарственных препаратов, с указанием фамилии, имени, отчества Застрахованного и врача, название лекарственного препарата, количества, дозы и порядка применения, даты оформления рецепта;
- направление на проведение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- счета медицинских и иных учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке с соответствующим штампом), с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты рождения, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с детализацией по дате и стоимости, а также общей суммы к оплате. Для рассмотрения вопроса о страховом возмещении от Застрахованного принимаются только оплаченные счета;
- счета транспортных и иных компаний, услугами которых пользовался Застрахованный для организации медицинской помощи;
- счета организаций, занимавшихся репатриацией (в том числе посмертной) Застрахованного с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- документы, подтверждающие факт оплаты предоставленных счетов;
- посадочные талоны;
- проездные документы;
- полицейский протокол и/или иной документ, его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью/смерти третьим лицам, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);
- информационную карту с указанием лицевого счета для получения страхового возмещения безналичным путем;

- документы, подтверждающие родство с Застрахованным;
- свидетельство о рождении, документ об опекунстве при представлении интересов несовершеннолетнего/недееспособного лица;
- документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисный центр;
- подтверждение об обстоятельствах смерти (месте, причине и дате), месте захоронения;
- выписка (эпикриз) из стационара в случае, если смерть наступила при нахождении в стационаре или в течение 10 (десяти) дней после госпитализации, и заверенная подписью и печатью медицинского учреждения;
- медицинское заключение о смерти, свидетельство о смерти;
- Договор с похоронной организацией на подготовку и транспортировку тела умершего (груз 200)/урны, квитанции/чеки об оплате;
- грузовая накладная и заявка отправителя о транспортировке тела (груза 200)/урны;
- документальное подтверждение о проведении бальзамирования/кремирования, стоимости услуги, квитанции/чеки об оплате;
- документальное подтверждение о необходимости приобретения гроба/урны и иных расходных материалов для транспортировки тела/праха;
- обоснование необходимости осуществления перевода паспорта Застрахованного на русский язык, квитанции/чеки об оплате перевода.

11.5.7. Прилагаемые медицинские и финансовые документы из медицинских и иных учреждений должны быть подлинными, оформленными на фирменном бланке учреждения, с указанием его названия, адреса, контактов, с соответствующими подписями и печатями.

11.5.8. Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь перевод на русский язык, заверенный нотариально или специализированной организацией, осуществляющей перевод документов с иностранных языков (бюро переводов). Расходы по сбору документов и их переводу оплачивает заявитель. Медицинские документы предоставляются в виде оригиналов, заверенных штампом и печатью лечебного учреждения, подписью врача с расшифровкой фамилии (подписью и печатью врача), либо в виде копий, заверенных должностным лицом медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.

11.5.9. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

11.5.10. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения всех необходимых документов рассматривает заявление на страховую выплату и по истечении этого срока:

- либо принимает решение о полной страховой выплате;
- либо принимает решение о частичной страховой выплате (с письменным уведомлением Застрахованного/его Представителя);
- либо отказывает в выплате страхового возмещения (с письменным уведомлением Застрахованного/его Представителя);
- либо отсрочивает срок выплаты для проведения дополнительного расследования, в том числе сделал запросы на получение дополнительных документов, информации (с письменным уведомлением Застрахованного/его представителя).

11.5.11. Решение об отказе (частичном, полном) в страховом возмещении, а также об отсрочке принятия решения по данному случаю принимается Страховщиком на основании Правил и Договора страхования и сообщается Застрахованному/его Представителю в письменной форме с обоснованием причин отказа.

11.5.12. В случае принятия Страховщиком решения о полной или частичной страховой выплате в соответствии с п. 11.5.10 Страховщик производит выплату в течение 5 (пяти) банковских дней.

11.6. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:

11.6.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги;

11.6.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, а также с предоставлением самих медицинских услуг;

11.6.3. за лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в аптеках по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой;

11.6.4. за койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;

11.6.5. за услуги по комплексному диспансерному/профилактическому наблюдению Застрахованных в течение всего срока действия Договора страхования с целью своевременного выявления и профилактики различных заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний;

11.6.6. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени

11.7. Страховщик вправе принять решение о признании события страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты на основании надлежаще заверенных копий документов, принять созданную и отправленную Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информацию в электронной форме, а также сократить перечень предоставляемых в соответствии с настоящими Правилами документов в зависимости от конкретного страхового случая при условии, что представленные заявителем документы однозначно подтверждают факт страхового случая и позволяют сделать вывод о размере страховой выплаты.

11.8. 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, предменных, 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.

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

11.10. Страховщик вправе предусмотреть возможность при принятии решения о страховой выплате использовать отчет Аджастера.

Под Аджастером понимается юридическое или физическое лицо, заключившее договор со Страховщиком и уполномоченное Страховщиком осуществлять сбор, подготовку и анализ информации относительно страхового случая и урегулировать претензии Страхователя на возмещение убытков в связи со страховым случаем.

11.11. При личном обращении Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) Страховщик/Аджастер принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком/Аджастером 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/Аджастер проверяет комплектность документов (соответствие требованиям настоящих Правил и/или Договора страхования) и правильность их оформления.

11.11. В случаях если Застрахованному лицу были оказаны медицинские или иные услуги, по которым Договором страхования предусмотрена франшиза, и оплата оказанных услуг осуществлена Страховщиком в полном объеме в соответствии с договором между организацией, оказавшей услуги, и Страховщиком, Страхователь (Застрахованное лицо или его законный представитель) возмещает (компенсирует) расходы Страховщика в размере предусмотренной Договором страхования франшизы. Оплата (компенсация расходов Страховщика) производится на расчетный счет Страховщика на основании счета на возмещение (компенсацию) оплаченных услуг.

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

11.13. При этом применяется следующий порядок:

11.13.1. 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;

11.13.2. 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;

11.13.3. 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.

11.14. 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.

11.15. Не возмещаются расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением:

11.15.1. расходов, связанных с госпитализацией, начавшейся в период действия Договора страхования;

11.15.2. расходов по оказанию согласованных со Страховщиком медицинских услуг, связанных со страховым случаем, произошедшем в период страхования.

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

11.17. Страховщик не оплачивает расходы Страхователя, которые по результатам проведенной Страховщиком экспертизы были признаны Страховщиком, как не относящиеся к страховому случаю в соответствии с разделом 4 Правил и/или не соответствующими условиям Договора страхования. В случае если до момента окончания завершения экспертизы Страховщик оплатил указанные расходы, Страхователь обязан компенсировать понесенные Страховщиком расходы.

11.18. В случае неисполнения Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с настоящими Правилами сроки принятия Страховщиком

решения об осуществлении страховой выплаты и осуществления страховой выплаты приостанавливаются (не начинают течь).

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

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по Договору страхования, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в судебном порядке.

12.2. До предъявления к Страховщику иска Страхователь направляет Страховщику претензию в письменной или электронной форме с приложением документов, подтверждающими обоснованность требований Страхователя.

12.3. Претензия Страхователя подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

12.4. Стороны прикладывают все усилия для решения возникших разногласий в досудебном порядке.

13. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ

13.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

13.2. При наличии разногласий между Страхователем/Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска Страхователь/Застрахованный направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

13.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями Договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя/Застрахованного.

13.4. Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя/Застрахованного заявления о страховом случае. Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

13.5. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Страхователь/Застрахованный должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

13.6. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя/Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

13.6.1. в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

13.6.2. в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

13.7. В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.