



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 688
от 31 декабря 2019 г.

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**
(номер по классификатору 110, редакция 1)

г. Ханты-Мансийск, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения.....	3
2. Субъекты страхования	6
3. Объект страхования.....	6
4. Страховой риск, страховой случай	7
5. Исключения из страхового покрытия. перечень оснований освобождения страховщика от страховой выплаты	9
6. Страховая сумма, страховой тариф, страховая премия	10
7. Франшиза.....	13
8. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования	14
9. Права и обязанности сторон по договору страхования	22
10. Порядок обращения застрахованного лица за страховой выплатой. порядок осуществления страховой выплаты	27
11. Порядок разрешения споров.....	30

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Правила страхования регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованными лицами и медицинскими организациями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

Во всем ином, не урегулированном Договором страхования, стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

1.2. Основные термины, используемые в Правилах страхования:

1.2.1. Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

1.2.2. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включая медицинские и иные услуги, предоставляемые при оказании медицинской помощи, направленные на поддержание и восстановление здоровья.

1.2.3. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

1.2.4. Иные услуги – услуги, дополнительно предоставляемые при оказании медицинской помощи. К иным услугам относятся: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; фармакологическая помощь, включая обеспечение лекарственными препаратами / средствами, медицинскими изделиями и иными средствами и препаратами медицинского назначения, а также организация их доставки; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортности пребывания в медицинской организации (в том числе, палаты улучшенной комфортности, обеспечение душем и санузлом индивидуального пользования, холодильником, кондиционером и др.), лечебное питание (диетическое) и пребывание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения, лечения в санаторно-курортных условиях; оказание тяжелообольным Застрахованным лицам медицинского ухода; нахождение вместе с Застрахованным лицом родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с обеспечением стандартного питания и койкой указанного лица при наличии медицинских показаний для ухода; услуги переводчика в период получения медицинских услуг; организация медицинской эвакуации (репатриации); оформление медицинской организацией и иной организацией различной документации, связанной с оказанием медицинской помощи; услуги справочно-информационных служб с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; другие услуги, оказываемые медицинскими и иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им медицинской помощи.

1.2.5. Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от

организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. К медицинским организациям также приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях. Конкретный перечень медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к Договору страхования.

1.2.6. Фармацевтические организации – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). К фармацевтическим организациям также приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность.

1.2.7. Неотложная помощь – медицинская помощь, которая оказывается Застрахованным лицам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

1.2.8. Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья Застрахованных лиц и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье Застрахованного лица факторов среды его обитания.

1.2.9. Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности Застрахованного лица и его социальную интеграцию в общество.

1.2.10. Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

1.2.11. Диагностика – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб Застрахованного лица, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

1.2.12. Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний Застрахованного лица, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

1.2.13. Лекарственное обеспечение (фармакологическая помощь) – часть медицинской помощи, предусматривающая отпуск Застрахованным лицам необходимых

лекарственных средств / препаратов, медицинских изделий, продуктов лечебного питания, минеральных вод, биологически активных добавок, а также иных средств и предметов медицинского назначения, назначенных лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении для проведения диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, ухода, лечебного питания.

1.2.14. Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и имеющую определенную цену.

1.2.15. Продукты лечебного питания – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной и (или) профилактической целью.

1.2.16. Медицинские изделия – любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека.

1.2.17. Телемедицина – использование телемедицинских технологий при организации и оказании медицинской помощи.

1.2.18. Телемедицинские технологии – это лечебно-диагностические консультации, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий.

1.2.19. Телекоммуникационные технологии – это обобщающее понятие, описывающее различные методы, способы и алгоритмы сбора, хранения, обработки, представления и передачи информации.

1.2.20. Информация и документы, предоставленные для заключения Договора страхования и (или) урегулирования убытка Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) – физическим лицом в электронной форме, подписанные простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), при условии, что между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) при регистрации Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в личном кабинете на официальном сайте Страховщика достигнуто соглашение об электронном взаимодействии.

Информация и документы, предоставленные для заключения Договора страхования и (или) урегулирования убытка Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) – индивидуальным предпринимателем / юридическим лицом в электронной форме, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) – индивидуального предпринимателя / представителя юридического лица, при наличии подписанного отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) об использовании системы электронного документооборота.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория» созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением страхования жизни, в установленном законодательством порядке.

2.2. Страхователь – любое дееспособное физическое лицо, в том числе граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства, юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности или индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Страхователь считается Застрахованным лицом, если в Договоре страхования не указано иное физическое лицо в качестве Застрахованного лица.

2.3. Застрахованное лицо – физическое лицо, названное в Договоре страхования как Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, если в нем не назначено в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица (за исключением случая смерти Застрахованного лица) и Страховщика. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

2.4. На условиях Правил страхования заключаются Договоры страхования в пользу Застрахованных лиц в возрасте от 0 до 90 лет (на момент начала действия Договора страхования).

На индивидуальных условиях с учетом повышенной степени риска и с принятием Страховщиком индивидуальных андеррайтерских решений, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов, на страхование принимается следующая категория лиц:

2.4.1. лица, зараженные особо опасными инфекционными болезнями (оспа, полиомиелит, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, вирусные геморрагические лихорадки, сибирская язва);

2.4.2. лица, состоящих на учете в туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

2.4.3. лица, со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящих на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансерах;

2.4.4. ВИЧ-инфицированные;

2.4.5. лица, имеющие заболевание СПИД;

2.4.6. лица, находящихся в местах лишения свободы;

2.4.7. лица, в отношении которых возбуждено уголовное дело;

2.4.8. лица, которые на момент заключения Договора страхования имеют инвалидность, заболевания и состояния, перечисленные в Приложении 17 Правил страхования, госпитализированы, а также лица в возрасте старше 90 лет.

2.5. Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования и кому принадлежит право на получение страховых выплат. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо другое лицо с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховой выплаты или страхового возмещения (Выгодоприобретатель). Если Выгодоприобретатель не назначен, то в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем признаются законные наследники Застрахованного лица.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с

оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. В соответствии с Правилами страхования страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования, обусловленного Договором страхования в медицинскую или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, связанное с расстройством здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания медицинских и иных услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к заключенному Договору страхования.

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

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи, предоставляемой Застрахованным лицам в рамках следующих Программ добровольного медицинского страхования (далее – Программ):

4.3.1. Программа «Скорая и неотложная медицинская помощь» (Приложение 1 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания скорой и неотложной медицинской помощи (включая транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством с места заболевания (происшествия) в медицинскую организацию и медицинское сопровождение при транспортировке) при состояниях, угрожающих жизни или здоровью Застрахованного лица, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.

4.3.2. Программа «Амбулаторная помощь» (Приложение 2 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:

- проведение мероприятий по профилактике (диспансерное наблюдение, вакцинация, иммунопрофилактика);

- диагностика и лечение заболеваний в медицинской организации, на дому, по месту работы Застрахованных лиц, в том числе с использованием телекоммуникационных технологий.

4.3.3. Программа «Терапевтический стационар» (Приложение 3 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания стационарной помощи, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение:

- при заболеваниях и обострениях хронических болезней, инфекциях, отравлениях и травмах, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

4.3.4. Программа «Хирургический стационар» (Приложение 4 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания стационарной помощи, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение:

- при заболеваниях и обострениях хронических болезней, инфекциях, отравлениях и травмах, требующих медицинской помощи, в том числе консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

4.3.5. Программа «Лекарственное обеспечение» (Приложение 5 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания лекарственной помощи, частичную или полную компенсацию расходов на лекарственное обеспечение, назначенное врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования, в организациях, осуществляющих фармацевтическую деятельность, а также иных организациях, реализующих лекарственные препараты и (или) медицинские изделия. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки различных видов лекарственного обеспечения.

4.3.6. Программа «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение 6 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи (суточное проживание и другое обслуживание), входящие в стоимость проведения восстановительного лечения и медицинской реабилитации Застрахованных лиц. Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в п.4.3 Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в п.п.4.3.10., 4.3.15., 4.3.16. Правил страхования.

4.3.7. Программа «Профилактика здоровья» (Приложение 7 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания проведения предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в п.4.3. Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в п.п.4.3.10., 4.3.14., 4.3.16. Правил страхования.

4.3.8. Программа «Сестринский уход» (Приложение 8 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи и медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому, в стационаре, хосписе.

4.3.9. Программа «Стоматологическая помощь» (Приложение 9 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания амбулаторно-поликлинической и (или) стационарной стоматологической помощи: проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, стационарная помощь, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение при лечении, восстановлении зубов.

4.3.10. Программа «Комплексная программа» (Приложение 10 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи, поименованной в п.п.4.3.1-4.3.9 Правил страхования, объединенных в комплексную программу в любом их объеме, предусмотренном соответствующей Программой.

4.3.11. Программа «Дородовое наблюдение женщин» (Приложение 11 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи необходимую для лечения, экстренной медицинской помощи, восстановления (реабилитации) беременных.

4.3.12. Программа «Акушерская помощь» (Приложение 12 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи, в том числе экстренной медицинской помощи, связанной с оказанием акушерской помощи беременным.

4.3.13. Программа «Индивидуальное ведение родов» (Приложение 13 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи необходимую для лечения, восстановления (реабилитации) рожениц.

4.3.14. Программа «Дорогостоящая медицинская помощь» (Приложение 14 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара медицинских организаций при впервые диагностированном у Застрахованного лица одном или нескольких состояний или заболеваний, предусмотренных Договором страхования.

4.3.15. Программа «Антиклещ» (Приложение 15 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, с целью профилактики, диагностики и лечения заболеваний, связанных с укусом иксодового клеща, оказываемой в амбулаторно-поликлинических, стационарных (терапевтический стационар) условиях медицинских организаций.

4.3.16. Программа «Телемедицина» (Приложение 16 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

4.3.17. Программы, предусмотренные в п.п.4.3.1-4.3.9 Правил страхования могут комбинироваться между собой в любом их сочетании, с учетом особенностей каждой из них (в частности, Программы, предусмотренные в п.п.4.3.6 и 4.3.7 Правил страхования могут предоставляться только вместе с иными Программами, предусмотренными Правилами страхования).

4.3.18. Конкретный перечень видов медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, приводится в соответствующей Программе (Приложения 1-16 к Правилам страхования).

4.3.19. В Программу, прилагаемую к Договору страхования, могут быть включены как все или отдельные медицинские и иные услуги, так и исключены отдельные медицинские и иные услуги, предусмотренные в Программах (Приложения 1-16 к Правилам страхования).

В Программу, прилагаемую к Договору страхования могут быть как включены, так и исключены все или отдельные заболевания и состояния, из числа указанных в Приложении 17 к Правилам страхования.

Страховщик вправе на основе Правил страхования формировать Программы к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированных на конкретного Страхователя (Застрахованного лица) или группу Страхователей (Застрахованных лиц) в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам страхования. Такие Программы прилагаются к Договору страхования (полису) и являются его неотъемлемой частью.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия Программам, составленным на основе настоящих Правил страхования и имеющим однотипные условия страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. В соответствии с Правилами страхования не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, в связи с:

5.1.1. травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5.1.2. получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения умышленных действий Застрахованным лицом;

5.1.3. покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.1.4. умышленным причинением себе телесных повреждений;

5.1.5. оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

5.1.6. применением косметической или пластической хирургии, косметических процедур, кроме необходимости их использования после несчастного случая или других случаях, когда их применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

5.1.7. получением медицинской помощи другим лицом по Страховому полису, пропуску в медицинскую организацию и иному документу Застрахованного лица;

5.1.8. получением медицинской помощи, не предусмотренной Договором страхования и (или) Программой добровольного медицинского страхования, или получением помощи в объемах, превышающих предусмотренные Договором страхования и (или) Программой добровольного медицинского страхования;

5.1.9. получением медицинской помощи в медицинской организации, не предусмотренной Договором страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.2. В соответствии со ст.964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

5.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

5.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5.2.4. Страховщик вправе расширить страховое покрытие на события, указанные в п.п.5.2.2 и 5.2.3 Правил страхования, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

5.3. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинской помощи, полученной Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховая сумма (лимит ответственности) – денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.1.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Программой и стоимостью медицинских и иных услуг в медицинских организациях, привлекаемых Страховщиком для обеспечения исполнения этой Программы.

6.1.2. Договором страхования может быть установлена единая (общая) страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ. Также в Договоре страхования могут быть установлены отдельные лимиты ответственности Страховщика – ограничения по размеру страховых выплат по отдельным Программам, группам

Застрахованных лиц, по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи или их различным комбинациям.

6.2. Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

6.2.1. Страховая премия устанавливается в валюте Российской Федерации. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая премия может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в валюте Российской Федерации.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в валюте Российской Федерации по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату оплаты.

При уплате страховой премии в рассрочку (при уплате дополнительной страховой премии при увеличении страхового риска или изменении иных условий Договора страхования) очередная (или дополнительная) часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного (или дополнительного) страхового взноса.

6.2.2. Страховая премия уплачивается единовременным или рассроченным платежом (страховыми взносами), безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика или наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю.

6.2.3. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

6.2.3.1. При безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо уполномоченного представителя Страховщика.

6.2.3.2. При наличной оплате – день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика, либо уполномоченному представителю Страховщика с получением квитанции установленного образца об оплате.

6.2.4. Последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса):

6.2.4.1. Если Договором страхования не предусмотрено иное, при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность) в установленные Договором страхования сроки страховой премии, а равно при неуплате страховой премии в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия должна была быть уплачена полностью. При этом полученная Страховщиком не в полном объеме страховая подлежит возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента ее получения Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты страховой премии, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.4.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, на основании п.3 ст.954 Гражданского кодекса Российской Федерации Правилами страхования определяется следующее последствие неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов по Договору страхования, предусматривающему внесение страховой премии в рассрочку:

6.2.4.2.1. при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность), в установленные Договором страхования сроки первого страхового взноса, а равно при неуплате первого страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора

страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда первый страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом полученный Страховщиком не в полном объеме первый страховой взнос подлежит возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты первого страхового взноса, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.4.2.2. при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность), в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно при неуплате очередного страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.4.3. неуплата Страхователем – физическим лицом в установленные Договором страхования сроки страховой премии / очередного страхового взноса, а равно неуплата страховой премии / очередного страхового взноса в полном размере, на основании ст.958 Гражданского кодекса Российской Федерации является отказом Страхователя от Договора страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия / очередной страховой взнос должны были быть уплачены полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.5. Если страховой случай наступил до даты уплаты страховой премии / очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку), Страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму неоплаченной страховой премии / страхового взноса.

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

6.4. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и (или) расширить перечень предоставляемой Программой медицинской помощи, (однако, не выходя за рамки Правил страхования и Программ, являющихся неотъемлемой частью Правил страхования) путем оформления на условиях Правил страхования дополнительного соглашения к Договору страхования с указанием условий внесения соответствующих изменений.

6.5. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик использует разработанные им базовые страховые тарифы, с применением к ним повышающих (от **1,05** до **35,00**) и (или) понижающих (от 0,10 до 0,97) коэффициентов в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц).

Конкретный размер страхового тарифа определяется условиями Договора страхования.

Расчет базовых страховых тарифов произведен исходя из срока страхования 1 год.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется как произведение базового страхового тарифа на поправочные коэффициенты, соответствующие факторам риска по данному Договору страхования.

В любом случае при применении поправочных коэффициентов, окончательный базовый страховой тариф не должен превышать 95 %, если в результате применения поправочных коэффициентов окончательный базовый страховой тариф превысил 95 %, то тариф устанавливается равным 95 %.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, при расчете страховой премии в отношении каждого лица, включенного Страхователем в список, Страховщик вправе не применять поправочные коэффициенты в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного лица, условий труда и других факторов, влияющих на степень риска возникновения и развития хронических заболеваний.

6.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при сроке страхования менее года, при изменении условий страхования в течении срока действия Договора страхования, страховая премия исчисляется в процентах от годовой суммы взносов:

Срок действия Договора страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой страховой премии	10	30	50	60	65	70	75	80	85	90	95

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц.

При заключении Договора страхования на срок менее 1 месяца страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется доле месячной премии за количество дней неполного месяца, из расчета 1/30 месячной премии за каждый день, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7. ФРАНШИЗА

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

В Договоре страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза.

7.1.1. При установлении в Договоре страхования условной франшизы Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

7.1.2. При установлении в Договоре страхования безусловной франшизы, размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

7.1.3. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени (в днях) – между вступлением Договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи – в течение которого оплата полученной медицинской помощи, находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

7.2. Применение в Договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является обязательным условием принятия риска на страхование.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного заявления на страхование Страхователя и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. С целью определения правоспособности и проведения идентификации Страхователя и соблюдения установленных действующим законодательством Российской Федерации требований на этапе подготовки к заключению Договоров страхования Страховщик вправе запросить и/или проверить у Страхователя следующие документы:

а) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (юридических лиц):

- Устав в последней редакции; изменения в Устав (при наличии);
- свидетельство о государственной регистрации юридического лица / свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ) о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002 года / лист записи ЕГРЮЛ (для юридических лиц, зарегистрированных после 01.01.2017);

- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе российской организации по месту ее нахождения;

- выписку из ЕГРЮЛ, сформированную в электронном виде на официальном сайте ФНС России, подписанную электронно-цифровой подписью ФНС России, при этом временной период между датой выдачи выписки из ЕГРЮЛ и датой заключения (подписания) Договора страхования не должен превышать 60 календарных дней;

- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени Страхователя (документ об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа, удостоверенный в предусмотренном действующим законодательством РФ порядке, приказы о назначении на должность (при наличии), доверенность на подписание Договора страхования, договор на передачу полномочий единоличного исполнительного органа (при осуществлении полномочий единоличного исполнительного органа Страхователя управляющей компанией) и др.;

- решение полномочного органа Страхователя (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) о разрешении (одобрении) на заключение Договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами Страхователя и (или) действующим законодательством РФ;

- карточка предприятия по форме, установленной Страховщиком, подписанная руководителем и главным бухгалтером (при наличии) Страхователя.

б) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (индивидуальных предпринимателей):

- Паспорт гражданина РФ;

- свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя / лист записи Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей ЕГРИП (для индивидуальных предпринимателей, зарегистрированных после 01.01.2017);

- свидетельство о постановке на учет физического лица в налоговом органе;

- выписку из ЕГРИП, сформированную в электронном виде на официальном сайте ФНС России, подписанную электронно-цифровой подписью ФНС России (указанный документ может быть сформирован куратором договора на официальном сайте ФНС России), при этом временной период между датой выдачи выписки из ЕГРИП и датой заключения (подписания) Договора страхования не должен превышать 60 календарных дней;

- карточка предприятия по форме, установленной Страховщиком, подписанная индивидуальным предпринимателем.

в) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (физических лиц):

- Паспорт гражданина РФ;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- свидетельство о постановке на учет физического лица в налоговом органе (при наличии).

г) у Страхователей – нерезидентов Российской Федерации (юридических лиц):

- документы, подтверждающие правоспособность Страхователя (регистрацию иностранного юридического лица);
- положение о филиале, представительстве, в случае если Страхователь действует через филиал или представительство, созданные на территории Российской Федерации;
- документы, подтверждающие регистрацию (аккредитацию) филиала иностранной организации и постановку его на учет в налоговых органах;
- документ, подтверждающий наличие у филиала или представительства Страхователя статуса налогового резидента РФ или иностранного государства (данное требование распространяется на контрагентов, зарегистрированных в государствах или на территориях, включенных в Перечень государств и территорий, предоставляющих льготный режим налогообложения и (или) не предусматривающих раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (оффшорные зоны), утвержденный приказом Минфина России от 13.11.2007 №108н);
- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени Страхователя.

д) у Страхователей – нерезидентов Российской Федерации (физических лиц):

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность;
- миграционную карту и документ, подтверждающий право иностранного гражданина на пребывание в Российской Федерации в случаях, когда наличие такого документа необходимо в соответствии с требованиями нормативных актов Российской Федерации.

Документы должны быть надлежащим образом легализованы.

Документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык, верность которого удостоверена нотариусом.

8.3. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику и сообщает следующие сведения:

8.3.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- возраст лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи (Программа);
- предполагаемый перечень медицинских организаций;
- другие сведения, запрашиваемые Страховщиком, в том числе данные о заболеваниях, диагностированных на момент заключения Договора страхования и перенесённых ранее Застрахованным лицом (путём заполнения медицинской анкеты, заявления на страхование).

8.3.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- место нахождения, фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- число лиц, подлежащих страхованию;

- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи (Программа);
- по возможности предполагаемый перечень медицинских организаций.

Страхователь должен не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня подачи заявления предоставить Страховщику список лиц (Приложение 22), подлежащих страхованию, с указанием следующих обязательных сведений отдельно о каждом, включенном в него, лице:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство;
- дата и место рождения;
- адрес места жительства;
- сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- Программ (если по Договору страхования предусмотрено несколько Программ).

После заключения Договора страхования этот список, подписанный с обеих сторон, становится его неотъемлемой частью.

8.4. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования запросить дополнительные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования страхуемых лиц за счет Страхователя или заполнения Страхователем анкеты (заявления на страхование), содержащей информацию о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, для оценки страхового риска.

Страховщик имеет право проверить достоверность сведений, указанных Страхователем, лицом, принимаемым на страхование в заявлении на страхование и (или) медицинской анкете (Приложение 19 к Правилам страхования).

В случае установления того, что Страхователь, лицо, принимаемое на страхование, сообщили недостоверные или неполные сведения, или лицу, принимаемому на страхование, требуется прохождение предварительного медицинского обследования, Страховщик имеет право отложить оформление Договора страхования до получения от Страхователя / медицинской организации дополнительной и (или) уточненной информации или результатов предварительного медицинского обследования. Страховщик направляет Страхователю письменное извещение о необходимости предоставления дополнительной и (или) уточненной информации или прохождения Застрахованным лицом предварительного медицинского обследования.

В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от прохождения медицинского освидетельствования, Договор страхования может быть заключен только на условиях применения повышающего коэффициента **35,0** к базовому тарифу.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Страховщик проводит оценку страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования.

8.5. Договор страхования может быть заключен путем составления одного подписанного сторонами документа – Договора страхования (Приложение 21 к Правилам страхования) либо вручения Страхователю, подписанного Страховщиком страхового полиса (Приложение 20 к Правилам страхования), в том числе в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор страхования на предложенных условиях.

При коллективной форме Договора страхования каждому Застрахованному лицу выдается страховой полис (свидетельство, сертификат), удостоверяющий право Застрахованного лица на получение медицинской помощи, если это специально оговорено в Договоре страхования.

Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи по Договору страхования.

При утрате Страхователем оригинала Договора страхования (страхового полиса) в период его действия, Страховщик по письменному заявлению Страхователя выдает ему дубликат. Утраченный документ аннулируется, и выплаты по нему не производятся.

При повторной утрате страховых документов в течение действия Договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

8.6. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами действующего законодательства Российской Федерации.

8.7. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут изменить (исключить) отдельные положения Правил страхования и (или) дополнить Договор страхования положениями, не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации. Все изменения (дополнения) к Правилам страхования указываются в Договоре страхования.

При наличии расхождении между положениями Договора страхования и настоящими Правилами страхования преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

8.8. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательства при наступлении страхового случая организовать предоставление медицинской помощи, и произвести оплату медицинской организации, или возместить расходы Застрахованному лицу, понесенные им по оплате медицинской помощи, необходимого объема и надлежащего качества в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой. Страховщик гарантирует оплату медицинской помощи, предусмотренную Правилами страхования и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, предоставляемую медицинской организацией в Российской Федерации и (или) за рубежом. Программой может быть предусмотрено получение Застрахованным лицом консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, фармакологической и иной помощи.

При этом организация оказания медицинской помощи, медицинскими организациями может осуществляться как на основе прямых Договоров с медицинскими организациями, так и при посредничестве сервисных медицинских организаций, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству места нахождения медицинской организации для осуществления им медицинской деятельности.

Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий Договор, в случае отсутствия у нее по преysкуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских и иных услуг в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинской организацией.

8.9. Территория страхования – это территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

8.10. Территория страхования: весь мир, если в Договоре страхования не указано иное.

8.11. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации, и оформляется дополнительным соглашением сторон, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

8.12. Изменение условий Договора страхования возможно, в т.ч. в следующих случаях:

- при увеличении / уменьшении размера страховой суммы по Договору страхования;

- при увеличении / уменьшении срока действия Договора страхования;

- при изменении перечня страховых рисков по Договору страхования, в части исключения или дополнения какого-либо страхового риска;

- при изменении списка Застрахованных лиц по Договору страхования, в части исключения, включения, замены.

8.13. В случае изменения условий Договора страхования, предполагающих уплату дополнительной части страховой премии, дополнительный страховой взнос подлежит уплате в порядке и в сроки, предусмотренные Договором страхования, рассчитывается на основании страховых тарифов, указанных в Правилах страхования, на основании которых заключен Договор страхования.

Дополнительный страховой взнос уплачивается в валюте Российской Федерации.

При страховании с валютным эквивалентом, дополнительный страховой взнос уплачивается в валюте Российской Федерации по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) дополнительного страхового взноса, если иное не установлено Договором страхования.

8.14. В случае изменения условий Договора страхования, предполагающих возврат Страхователю части ранее уплаченной по Договору страхования страховой премии, Страховщик производит возврат части премии:

- рассчитанный пропорционально времени, в течение которого действовало страхование на прежних условиях, за вычетом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки;

- наличными деньгами или в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения.

8.15. Если иное не установлено соглашением сторон, изменения вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем подписания Страхователем Дополнительного соглашения к Договору страхования.

8.16. В случае значительного изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

Изменение обстоятельств признаются значительными, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на других условиях.

8.17. В случае если дополнительным соглашением к Договору страхования предусмотрена уплата дополнительной страховой премии, изменения условий Договора страхования вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем дополнительной страховой премии Страховщику либо его

уполномоченному представителю в объеме, предусмотренном дополнительным соглашением к Договору страхования, если иное не установлено соглашением сторон.

8.18. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по незамедлительному уведомлению Страховщика о существенном изменении обстоятельств, сообщенных ему при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

8.19. В случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

8.21. Изменение и расторжение сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.22. Согласно статьи 165.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик договорились, что заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или Договор страхования связывают гражданско-правовые последствия для данных лиц, должны быть совершены в письменной форме и переданы адресату (его представителю) на руки, почтовой, телеграфной связью, в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота, а также с помощью электронной почты на электронный адрес Страхователя (Выгодоприобретателя), указанный в заявлении на страхование / Договоре страхования, влекут для них такие последствия с момента доставки соответствующего сообщения адресату (его представителю), при этом юридически значимое сообщение считается доставленным в следующих случаях:

1) при передаче юридически значимого сообщения на руки адресату – со дня его вручения;

2) при передаче юридически значимого сообщения почтовой, телеграфной связью в случае наступления одного из следующих событий в зависимости от того, какое из них наступило ранее:

- со дня вручения его адресату;

- отказа адресата от его получения;

- по истечению месяца со дня его поступления на объект почтовой связи, обслуживающий адресат, на который отправлено юридически значимое сообщение (в последних двух случаях юридически значимое сообщение считается доставленным, так как оно не было фактически получено адресатом по обстоятельствам, зависящим от него);

3) при передаче юридически значимого сообщения с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» через личный кабинет Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), а также с помощью электронной почты на электронный адрес Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) – со дня его доставки по назначению.

8.23. Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик согласно абзаца 2 п. 1 статьи 432 Гражданского кодекса Российской Федерации договорились, что адреса (в т.ч. адрес электронной почты) данных лиц, указанные в Договоре страхования и в его письменном запросе, а также указанные в них для исполнения Договора страхования сведения о реквизитах банковских счетов этих лиц являются существенными условиями Договора страхования и подлежат изменению только в письменной форме путем односторонних сделок – направления юридически значимых сообщений согласно п.8.22. Правил страхования. При этом Договор страхования считается измененным в этой части

со дня доставки юридически значимого сообщения адресату согласно п.8.22. Правил страхования.

В случае изменения адреса (в т.ч. адреса электронной почты), реквизитов банковского счета одной из сторон Договора страхования и не изменения этой стороной Договора страхования в данной части предусмотренным п.8.22.-8.23. Правил страхования способом, риск связанных с этим неблагоприятных последствий (в том числе риск убытков) несет сторона, чьи адрес и (или) реквизиты банковского счета изменились.

8.24. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

Договор страхования вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

8.24.1. при уплате страховой премии по безналичному расчету – с даты, указанной в Договоре страхования, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика;

8.24.2. при уплате страховой премии наличными денежными средствами – с даты, указанной в Договоре страхования, но не ранее с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) представителю Страховщика или в кассу Страховщика.

8.25. Действие Договора страхования прекращается в следующих случаях:

8.25.1. в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата его окончания (истечения срока действия Договора страхования), если Договором страхования не предусмотрено иное;

8.25.2. в связи со смертью Страхователя (Застрахованного лица) (в случае заключения Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц, Договор страхования прекращается в отношении данного Застрахованного лица);

8.25.3. ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего Договор страхования в пользу другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности по данному Договору страхования переходят к Застрахованному лицу только с его согласия. При невозможности принятия Застрахованным лицом обязанностей по Договору страхования, права и обязанности Страхователя, переходящие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими по действующему законодательству Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо или лицо, осуществляющее по действующему законодательству Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица, отказалось от перехода к нему прав и обязанностей Страхователя, Договор страхования прекращается.

В случае оплаты страховой премии по Договору страхования Страхователем в полном объеме, Договор страхования действует до даты его окончания, согласия Застрахованного лица на переход к нему прав и обязанностей Страхователя не требуется.

8.25.4. При отказе Страхователя от Договора страхования.

Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

Отказом Страхователя от Договора страхования, в частности является:

- неуплата Страхователем физическим лицом в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку), а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере;

- полный отзыв согласия Страхователя (Застрахованного лица) физического лица на обработку его персональных данных.

8.25.4.1. В случае отказа Страхователя физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения независимо от причины отказа и от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде

событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату в следующем порядке:

- в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

- в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

8.25.4.2. В случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, а также, в случае отказа Страхователя (юридического лица или индивидуального предпринимателя) от Договора страхования, при условии, если страхование вступило в силу, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, а также, в случае отказа Страхователя (юридического лица или индивидуального предпринимателя) от Договора страхования, при условии, если страхование в силу не вступило, уплаченная страховая премия подлежит возврату в порядке, предусмотренном п.8.27. Правил страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.25.4.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие по основаниям, предусмотренным в пункте 8.25.4. Правил страхования, с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о досрочном расторжении Договора страхования или об отказе от Договора страхования.

8.25.5. При отказе Страховщика от Договора страхования.

Страховщик вправе отказаться от Договора страхования в соответствии со ст.328 и ст.450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации (п.п.6.2.4.2.1.-6.2.4.2.2. Правил страхования).

8.25.6. По соглашению сторон, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.25.7. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.26. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.27. В случае если Договором страхования предусмотрен возврат Страхователю части страховой премии, возврат страховой премии (части страховой премии) Страховщик производит по выбору Страхователя, наличными деньгами или в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя о досрочном расторжении или об отказе от Договора страхования, за вычетом расходов на ведение дела (за

исключением п. 8.25.4.1. Правил страхования и если иное не предусмотрено Договором страхования) и за минусом ранее произведенных выплат.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании с валютным эквивалентом, возврат страховой премии (или ее части) производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату уплаты страховой премии по Договору страхования.

8.28. Изменение и расторжение сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации. Действие досрочно прекращаемого Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного как дата его досрочного прекращения.

8.29. Досрочное прекращение действия Договора страхования не освобождает стороны от исполнения обязательств по нему, возникших в период действия Договора страхования до момента досрочного прекращения его действия.

8.30. По запросу Страхователя Страховщик один раз бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы части страховой премии, подлежащей возврату при досрочном прекращении Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Застрахованное лицо имеет право:

9.1.1. на получение медицинской помощи в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в Договоре страхования;

9.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

9.1.3. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты;

9.1.4. отозвать свое согласие на обработку персональных данных, в случае если такое согласие предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Застрахованное лицо обязано:

9.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

9.2.2. не передавать страховой полис другим лицам, при его утрате немедленно сообщить Страховщику;

9.3. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан:

9.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию о Застрахованном (ых) лице (ах), в том числе влияющую на определение степени страхового риска, необходимую для заключения Договора страхования;

9.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

9.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинской помощи;

9.3.4. получить согласие Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем является физическое лицо, предоставить письменное согласие на обработку персональных данных Страховщиком, в том числе на обработку специальных категорий персональных данных, а также на трансграничную передачу персональных данных сообщенных Страховщику или полученных Страховщиком от третьих лиц, в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

9.3.5. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п.9.3.4. Правил страхования, в течение пяти рабочих дней с даты получения письменного запроса от Страховщика.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

9.4.2. расширить список Застрахованных лиц по соглашению со Страховщиком в соответствии с условиями, изложенными в п.9.7. Правил страхования;

9.4.3. с согласия Застрахованного лица исключить его или члена его семьи из числа Застрахованных лиц и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных лиц;

9.4.4. в течение срока действия Договора страхования расширить или сократить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых Договором страхования, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинских и иных услуг и (или) увеличения уровня страхового обеспечения Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, установленный Страховщиком. Дополнительное соглашение к Договору страхования, если его условиями не предусмотрено иное, начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса;

9.4.5. отказаться от Договора страхования в любое время, в порядке, предусмотренном Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.6. отозвать свое согласие на обработку персональных данных, в случае если такое согласие предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.7. запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

9.4.8. досрочно расторгнуть Договор страхования или отказаться от Договора страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.9. в течение срока действия Договора страхования как увеличить, так и уменьшить размер страховой суммы. При изменении страховой суммы сторонами Договора страхования заключается письменное дополнительное соглашение.

В случаях уменьшения страховой суммы, Страховщик возвращает Страхователю соразмерную часть уплаченной страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования после подачи Страхователем соответствующего заявления за минусом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки, утвержденной Страховщиком.

В случаях увеличения страховой суммы Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию за не истекший срок действия Договора страхования.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;

9.5.2. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, гарантированной условиями Договора страхования;

9.5.3. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

9.5.4. при выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему, срокам и качеству медицинской помощи, санитарных норм и правил защищать интересы Застрахованных лиц;

9.5.5. после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:

9.5.5.1. выяснить обстоятельства наступления страхового события;

9.5.5.2. после получения и рассмотрения необходимых документов, признания наступившего события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, составить страховой акт (Приложение 24 к Правилам страхования) и произвести расчет суммы страхового возмещения;

9.5.5.3. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованное лицо) о предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования;

9.5.6. принять решение о страховой выплате или об отказе в выплате в сроки, установленные Договором страхования;

9.5.7. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате, письменно уведомить об этом Застрахованное лицо с мотивированным обоснованием причин отказа;

9.5.8. обеспечивать соблюдение требований к идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей, Застрахованных лиц, получателей страховой выплаты), их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате;

9.5.9. уведомить Страхователя о необходимости предоставления дополнительной и (или) уточненной информации или прохождения лицом, принимаемом на страхование предварительного медицинского обследования;

9.5.10. предоставить / направить Страхователю Правила страхования, оформить и вручить / направить Страхователю Договор страхования со всеми предусмотренными приложениями к нему, а также разъяснить Страхователю основные положения, содержащиеся в Правилах страхования и Договоре страхования. При этом, в случае направления вышеперечисленных документов посредством электронного документооборота, Страховщик обязан предоставить по требованию Страхователя текст документов на бумажном носителе;

9.5.11. при оплате страховой премии в рассрочку, проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений одним из следующих способов: путем рассылки SMS сообщения на имеющийся у Страховщика телефонный номер или путем письменного уведомления, в том числе с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (при наличии) путем электронного документооборота;

9.5.12. после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая проинформировать Страхователя обо всех предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами страхования необходимых действиях, с указанием на перечень документов, требуемых для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов, о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования;

9.5.13. в случае продления (приостановки) срока осуществления страховой выплаты по причинам, указанным в п.9.6.3. Правил страхования Страховщик обязан уведомить об этом лицо, обратившееся за страховой выплатой и запросить недостающие документы и сведения;

9.5.14. выплатить страховое возмещение в установленный Договором страхования срок;

9.5.15. по устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями

Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»,
предоставить бесплатно:

- информацию о расчете суммы страховой выплаты;
- исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

- документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в выплате страхового возмещения (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

9.5.16. по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) предоставить ему информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

9.5.17. по запросу Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) предоставить ему копии Договора страхования (страхового полиса) и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (Правил страхования, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.). При этом Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим Договорам страхования бесплатно один раз.

9.6. Страховщик имеет право:

9.6.1. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму и взнос по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую медицинскую помощь, а также статистики размера медицинских расходов при лечении различных видов заболеваний;

9.6.2. проверять сообщенную Страхователем информацию;

9.6.3. продлить (приостановить) срок выплаты страхового возмещения, предусмотренный Договором страхования, в случае не предоставления полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты - до получения указанных сведений/документов, оформленных надлежащим образом;

9.6.4. для принятия решения о страховой выплате при необходимости:

9.6.4.1. запросить в медицинской организации документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя, наследников Застрахованного лица) предоставления других документов, подтверждающих факт наступления и причину наступления страхового случая;

9.6.4.2. потребовать прохождения медицинского освидетельствования Застрахованного лица;

9.6.5. отсрочить принятие решения о выплате страхового возмещения, если течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения медицинского освидетельствования Застрахованного лица. При этом течение данного срока приостанавливается до даты получения Страховщиком акта освидетельствования Застрахованного лица.

9.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику дополнительно сведения о лицах, подлежащих страхованию и

уплачивает за них взносы за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания срока страхования с учетом пропорционального изменения страховой премии.

9.8. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из Списка Застрахованных лиц и включаемых в него лицах.

Если исключаемым из списка Застрахованных лиц в период действия Договора страхования не было произведено страховых выплат, сумма страховой премии, за вычетом расходов на ведение дела, учитывается при расчете дополнительного страхового взноса за лиц, включаемых в Список Застрахованных лиц взамен выбывших, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, возвращаются Страхователем Страховщику в течение 5 (пять) рабочих дней с момента увольнения Застрахованного лица, работающего у Страхователя по трудовому Договору.

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

9.10. Страхователь (Застрахованное лицо), заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях Правил страхования, если он является физическим лицом или индивидуальным предпринимателем, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования.

Персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) включают в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность, адрес места жительства, другие данные указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страхователь (Застрахованное лицо) подписанием Договора страхования разрешает сотрудникам Страховщика, принимающим решение по вопросу заключения Договора страхования и (или) рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» быть его представителем, а также запрашивать и получать в медицинских и иных организациях, в которые он обращался, состоял(а) на учете и (или) проходил(а) обследование и (или) лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния его здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанным сотрудникам Страховщика доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового возмещения.

Страховщик имеет 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.

Согласие Страхователя (Застрахованного лица) на обработку персональных данных действует в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет с момента окончания действия Договора страхования (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать свое 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. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику, а Договор страхования считается прекращенным досрочно. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе и при расторжении) или отзыва на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Выгодоприобретателю / Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

10. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ЗА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТОЙ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

10.2. Период ожидания – промежуток времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

10.3. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, с целью организации медицинской помощи, Застрахованное лицо обращается к Страховщику по телефону врачебно-диспетчерской службы, указанному в Договоре страхования, либо непосредственно в медицинскую или иную организацию, предусмотренную Договором страхования.

В случае если по условиям Договора страхования Страховщик имеет право возмещать расходы, понесенные Застрахованным лицом в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» через личный кабинет путем электронного документооборота) в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня завершения лечения, приобретения лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, оказания иных услуг (если иной срок не предусмотрен Договором страхования) документы, перечисленные в пп. 10.4.2.1.-10.4.2.8.

10.4. Размер страховой выплаты за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу. Страховая выплата осуществляется следующим образом:

10.4.1. на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ медицинской или иной организацией за оказание медицинской помощи с приложением документа, обосновывающего сумму, указанную в акте выполненных работ, содержащего сведения о Застрахованном лице, номере его полиса, дат оказания услуг, диагнозе или коде диагноза по МКБ-10, перечня, количества и стоимости оказанных услуг, путем

безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской или иной организации.

10.4.2. посредством компенсации Страхователю (Застрахованному лицу) его документально подтвержденных затрат по оплате медицинских и иных услуг, включенных в Программу если это предусмотрено Договором страхования и Программой. В этом случае, с целью подтверждения события, имеющего признаки страхового случая и получения выплаты страхового возмещения, Страхователь и (или) Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику следующие документы:

10.4.2.1. копию паспорта Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства; если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо дополнительно предоставляется копия паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление о выплате страхового возмещения и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копия иного документа, подтверждающего право действовать в интересах Застрахованного лица);

10.4.2.2. документы, необходимые для идентификации Выгодоприобретателя / Застрахованного лица / получателя страховой выплаты (в случае, если на этапе заключения Договора страхования идентификация указанных лиц не осуществлялась). При обращении за выплатой представителя Страхователя и (или) Выгодоприобретателя у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность на получение страхового возмещения. При обращении за выплатой наследников Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, дополнительно необходимо представить Свидетельство о праве на наследство;

10.4.2.3. полные банковские реквизиты получателя страховой выплаты для перечисления страховой выплаты (при получении выплаты страхового возмещения в безналичной форме);

10.4.2.4. заявление о выплате страхового возмещения (далее – заявление о выплате) Застрахованного лица (Страхователя и (или) Выгодоприобретателя) (Приложение 23 к Правилам страхования);

10.4.2.5. для возмещения стоимости оплаченных медицинских и иных услуг – оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (квитанция, кассовый чек, справка медицинской организации о предоставлении медицинских и иных услуг с указанием дат обращения, жалоб, диагноза, срока лечения, назначений);

10.4.2.6. для возмещения расходов, произведенных Застрахованным лицом на приобретение средств лекарственного обеспечения – оригиналы документов, подтверждающих расходы и их обоснованность (оригиналы документа, подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинской организации, кассовый чек или иной документ подтверждающий оплату в фармацевтическую или иную организацию). Предоставляемые документы должны быть надлежаще заверены: содержать печать медицинской организации, фармоорганизации, печать врача.

10.4.2.7. для возмещения расходов по оплате медицинской эвакуации (репатриации) – документы, подтверждающие факт оплаты данных услуг, при репатриации также предоставляется медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного лица, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельства о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, счетов организаций, осуществляющих транспортировку с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг.

10.4.2.8. в случае если Застрахованное лицо обращалось за получением медицинской помощи в зарубежную медицинскую или иную организацию необходимо предоставить документы, перечисленные в п.п.10.4.2.5-10.4.2.7. при этом документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык,

верность которого удостоверена нотариусом. Все расходы по сбору и переводу данных документов несет получатель страховой выплаты.

10.5. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, в случае самостоятельной оплаты Застрахованным лицом медицинской помощи, Страховщик обязан в срок не более 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов и сведений (если иное не предусмотрено Договором страхования) перечисленных в п.п.10.4.2.1.-10.4.2.8. Правил страхования, составить страховой акт (Приложение 24 к Правилам страхования), либо принять решение об отказе в выплате страхового возмещения.

10.5.1. В случае принятия решения о выплате Страховщик в течение 7 (семи) рабочих дней со дня подписания страхового акта производит выплату страхового возмещения, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.5.2. В случае принятия решения об отказе в выплате Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе направляет Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота) со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.5.3. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.5.4. В случае непредставления/неверного представления банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке Страховщик имеет право продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о факте приостановки срока осуществления страховой выплаты и запросить недостающие документы и сведения.

10.6. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактному телефону, указанным в страховом полисе.

10.7. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, страховой полис и (или) направление и другие документы, оговоренные Договором с медицинской организацией. Информация о перечне документов, необходимых при обращении в медицинскую организацию доводится до Застрахованных лиц при получении страхового полиса, либо при заключении Договора страхования.

10.8. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

10.9. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности), установленной Договором страхования.

При необходимости оплаты организации и оказания Застрахованному лицу медицинской помощи сверх страховой суммы (лимита ответственности), услуги могут быть оплачены Застрахованному лицу только после увеличения страховой суммы по

Договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

В случае неоплаты или отказа Страхователя в оплате дополнительной страховой премии оплата организации и оказания медицинских и иных услуг сверх лимитов ответственности (страховой суммы) предусмотренных Договором страхования происходит за счет личных средств Застрахованного лица.

10.10. В случае, если по Договору страхования установлена франшиза, размер страховых выплат по Договору страхования или каждому страховому случаю выплачивается с учетом франшизы.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. По спорам, вытекающим из Договора страхования, обязателен следующий досудебный порядок урегулирования, состоящий из двух обязательных этапов:

- проведение переговоров – при этом лицо, считающее, что его права нарушены, обязано направить письменное уведомление о проведении переговоров, обеспечив вручение адресату уведомления о дате, времени и месте переговоров за 7 (семь) дней до дня переговоров;

- при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров обязательным является направление письменной претензии (заявления) (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

11.2. Срок рассмотрения претензий (заявлений) и подсудность:

11.2.1. Для юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, иных лиц, не являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» (в отношении лиц, упомянутых в ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», данные вопросы определены в п.11.2.2 настоящих Правил страхования), срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии. В случае неудовлетворения претензии споры с лицами, указанными в настоящем пункте Правил страхования, разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

11.2.2. Для физических лиц, являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», а также для иных лиц, которым перешли права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации (ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») срок рассмотрения претензий (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»¹) составляет:

- в случаях, подлежащих рассмотрению в порядке ч.1 ст.15 и п.1 ч.2 ст.16 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» – 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения претензии (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»), при этом со дня нарушения прав Страхователя должно пройти не более 180 календарных дней;

- в иных случаях 30 (тридцать) дней.

¹Положения Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Федеральный закон) применяются с 01.06.2019 (в том числе к договорам страхования, заключенным до 03.09.2018), если действующим законодательством РФ не будет изменен срок применения соответствующих положений указанного Федерального закона.

До 01.06.2019 применяется общий порядок рассмотрения претензии – 30 дней с даты получения претензии Страховщиком.

В случае неудовлетворения претензий / заявлений лиц, указанных в настоящем пункте Правил страхования, споры разрешаются в судебном порядке в суде по установленной подсудности.

11.2.3. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования.

11.2.4. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.