

**Акционерное общество
«СТРАХОВАЯ ГРУППА МСК» (АО «СГ МСК»)**

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор

Д.И.Тимохин



Приказ АО «СГ МСК»

от «01» января 20 14 г. № 39/12

Предыдущие редакции утверждены:

Приказ № 658 от 28.11.2012г.;

Приказ № 9 от 20.01.2014г.

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ №5**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые случаи и страховые риски
5. Территория действия договора страхования
6. Страховая сумма
7. Страховая премия, страховой тариф, страховой взнос
8. Порядок заключения, исполнения, внесения изменений и дополнений в договор страхования
9. Порядок и условия осуществления страховой выплаты
10. Последствия увеличения степени страхового риска в период действия договора страхования
11. Права и обязанности сторон
12. Прекращение действия договора страхования
13. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования №5 (далее - Правила) определяются условия, на основании которых Акционерное общество «Страховая группа МСК» (АО «СГ МСК») («Страховщик») заключает договоры добровольного медицинского страхования.

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

Страховщик на основании настоящих Правил заключает договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования.

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

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным лицам получение дополнительных медицинских и иных услуг дополнительно к установленным программам обязательного медицинского страхования.

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

1.5. Термины, используемые в Правилах:

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

1.5.2. **Страховая выплата** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования;

1.5.3. **Период страхования (срок страхования)** - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором страхования, и соответственно, наступление страхового случая влечет за собой обязательства страховщика по страховой выплате;

1.5.4. **Программа добровольного медицинского страхования** - перечень медицинских и иных услуг, а также медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо в соответствии с условиями Договора страхования может получить медицинские и/или иные услуги. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования;

1.5.5. **Место жительства** - место, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает;

1.5.6. **Сервисные компании** - сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, а также оказывающие услуги по репатриации;

1.5.7. **Аптечные учреждения** - организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности;

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

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

1.5.10. **Лекарственное обеспечение** - включенные в Программу и выписанные лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственные средства;

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

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

1.5.13. **Услуги по репатриации** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного или останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования;

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

1.5.15. **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 соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления Договора страхования в силу, на который не распространяется страхование, обусловленное Договором страхования, и при обращении в течение которого

Застрахованных лиц за получением медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных услуг, страховые выплаты не производятся.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Франшиза устанавливается по каждому страховому случаю. Если наступает несколько страховых случаев, франшиза учитывается по каждому из них.

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном действующим законодательством порядке (Акционерное общество «Страховая группа МСК» (АО «СГ МСК»)).

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

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

Для целей настоящих Правил:

– к медицинским организациям относятся российские и зарубежные юридические лица всех форм собственности, а также физические лица, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление медицинской деятельности;

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

– к ассистанским (сервисным) организациям (компаниям) относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

– к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

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

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

2.5. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, может быть заменено по заявлению Страхователя другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи

(медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их (медицинское страхование).

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. **Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Договор страхования (с учетом исключений из числа страховых рисков и страховых случаев, указанных в п.п.4.3.-4.5. настоящих Правил) может быть заключен на следующих основных условиях (от следующих основных страховых рисков):

4.2.1. риск документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в течение срока страхования за получением предусмотренной Договором страхования медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в Договоре страхования услуг, повлекших необходимость оплаты организации и оказания вышеуказанных услуг в медицинское учреждение (организацию), фармацевтическую (аптечную) организацию (учреждение), сервисную компанию и/или иное учреждение (организацию), из числа предусмотренных соответствующей Программой страхования и в соответствии с условиями Договора страхования;

4.2.2. *(если это прямо предусмотрено Договором страхования)* риск документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в течение срока страхования за получением предусмотренной Договором страхования медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в Договоре страхования услуг, повлекших необходимость оплаты организации и оказания вышеуказанных услуг в медицинское учреждение (организацию), фармацевтическую (аптечную) организацию (учреждение), сервисную компанию и/или иное учреждение (организацию), сверх предусмотренных соответствующей Программой страхования, если в установленном Договором страхования порядке указанная организация предварительно (т.е. до обращения Застрахованного) согласована со Страховщиком и/или Страховщик выдал в такую организацию соответствующее направление;

4.2.3. *(если это прямо предусмотрено Договором страхования)* риск документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в течение срока страхования за получением предусмотренной Договором страхования медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в Договоре страхования услуг, повлекших необходимость оплаты организации и оказания вышеуказанных услуг в любое медицинское учреждение (организацию), фармацевтическую (аптечную) организацию (учреждение), сервисную компанию и/или иное учреждение (организацию) без предварительного согласования со Страховщиком, но на условиях, указанных в Договоре страхования.

4.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, к страховым рискам не относится и не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинской и/или иной помощью:

4.3.1. Вследствие заболевания и/или травмы, возникших или полученных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения;

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

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

4.3.4. Для получения и/или оплаты услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или назначены с учетом медицинских показаний лечащим врачом Застрахованного как необходимые по состоянию здоровья;

4.3.5. Для получения услуг косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

4.3.6. Для получения услуг лазерной или контактной коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если Договором не предусмотрено иное;

4.3.7. Для лечения алкоголизма, токсикомании или наркомании;

4.3.8. Для лечения венерических заболеваний и заболевания любой формой ВИЧ-инфекции в любой его стадии.

4.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, к страховым рискам не относится и не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинской и/или иной помощью:

4.4.1. Для получения медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;

4.4.2. В медицинское и/или иное учреждение (организацию), не предусмотренное Договором страхования;

4.4.3. Если обращение Застрахованного произошло после окончания срока действия Договора страхования;

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

4.4.5. Вследствие заболеваний и/или травм, возникших в результате террористического акта;

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

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

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.6. В Программе страхования (с учетом соответствующих исключений из числа страховых рисков и страховых случаев) указываются конкретные виды и объем медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и/или иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, в репатриации и др.) помощи, за получением которой Застрахованное лицо вправе обращаться в соответствии с программой страхования в рамках соответствующего Договора страхования.

4.7. Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования Программы страхования являются приложением к соответствующим договорам страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной

программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

4.8. В случае отсутствия в медицинском учреждении (организации), фармацевтической (аптечной) организации (учреждении), сервисной компании и/или ином учреждении (организации), из числа предусмотренных Договором страхования, возможности оказания указанной в Договоре страхования необходимой Застрахованному медицинской и/или иной помощи, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе в установленном Договором страхования порядке предварительно согласовать со Страховщиком получение вышеуказанной необходимой медицинской и/или иной помощи в других медицинских учреждениях.

4.9. Если это прямо предусмотрено условиями Договора страхования, Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими и/или иными учреждениями как в Российской Федерации так и за рубежом. При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, в указанном случае при обращении Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях, Застрахованное лицо для получения страховой выплаты обязано предоставить Страховщику надлежащим образом оформленные документы, подтверждающие оказание и оплату предусмотренной Договором страхования необходимой медицинской и/или иной помощи, а также наличие у медицинского и/или иного учреждения, оказавшего медицинские и/или иные услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения (организации) для осуществления им деятельности.

4.10. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи и иных услуг, в течение срока страхования (с учетом ограничений, предусмотренных п.9.8. Правил) является страховым случаем даже в случае, если медицинская помощь и иные услуги оказаны после окончания срока страхования.

4.11. По настоящим Правилам Страховщик заключает Договор страхования в отношении нижеуказанных физических лиц исключительно при условии, что до заключения Договора в письменном Заявлении на страхование Страховщик был уведомлен Страхователем о состоянии здоровья данного лица, заявленного на страхование как о существенном обстоятельстве, влияющем на вероятность наступления страхового случая (оценку страхового риска Страховщиком). Если иное не предусмотрено Договором страхования, обязательное предварительное уведомление Страховщика во всяком случае требуется в отношении следующих лиц, заявленных на страхование:

- старше 65 лет;
- являющихся инвалидами первой, второй или третьей группы по любому заболеванию;
- больных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) или являющихся носителями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции;
- находящихся на стационарном лечении.

При невыполнении условия п.4.11. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания заключенного в отношении вышеуказанного физического лица Договора страхования недействительным с момента его заключения в установленном действующим законодательством порядке.

5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем для каждого Застрахованного лица и указывается в Договоре страхования.

6.2. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого перечня конкретных видов и объема медицинской (перечня и стоимости медицинских услуг) и/или иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, в репатриации, а также получения медикаментов, медицинских изделий и препаратов и др.) помощи, предусмотренных программой страхования.

6.3. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким Договором размер страховой суммы.

6.4. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень указанных в программе медицинского страхования услуг в рамках иных действующих программ страхования, путем заключения дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

6.5. Страховщик вправе устанавливать отдельные максимальные (предельные) размеры (лимиты) страховых выплат - по отдельным программам, видам медицинских услуг и/или иных услуг, одному обращению Застрахованного (одному страховому случаю) и т.п.

6.6. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре страхования (страховом полисе) могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование с валютным эквивалентом).

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

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС

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

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

7.3. При определении размера страховой премии Застрахованному лицу может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, Страховщик имеет право направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

7.4. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованное лицо относится к одной из следующих групп здоровья:

- группа здоровья I - здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания; без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем;
- группа здоровья II - практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострений в течение нескольких лет;
- группа здоровья III - больные, нуждающиеся в лечении, лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;
- группа здоровья IV - больные, нуждающиеся в лечении, лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности;
- группа здоровья V - больные, нуждающиеся в лечении, лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

При определении группы здоровья учитываются факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни). В зависимости от сведений, предусмотренных в Медицинской анкете и факторов риска, используемых Страховщиком для оценки страхового риска, Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья V.

7.5. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок действия Договора страхования, или уплачиваться в рассрочку в течение срока действия Договора страхования. Порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в Договоре страхования.

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

7.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при оплате страховой премии в рассрочку, в случае неуплаты Страхователем очередного (т.е. второго и каждого последующего) страхового взноса в сроки, предусмотренные Договором страхования или его уплаты в меньшей, чем предусмотрено договором страхования сумме, договор страхования досрочно расторгается с даты, указанной в качестве срока оплаты очередного страхового взноса.

При неуплате Страхователем соответствующего очередного страхового взноса Страховщик вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения договора страхования с даты, указанной в качестве срока оплаты очередной части страховой премии, письменно уведомив об этом Страхователя, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

Страхователь считается уведомленным надлежащим образом об отказе Страховщика от исполнения договора страхования Страховщиком, если Уведомление об отказе от исполнения договора страхования направлено почтовым отправлением по указанному в договоре страхования месту нахождения или месту жительства Страхователя.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается сроком на один календарный год с физическим лицом или юридическим лицом, если иное не предусмотрено Договором страхования. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

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

При страховании на срок более одного года страховая премия по Договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год/несколько лет и месяц/несколько месяцев, то страховой взнос за оставшуюся часть года вычисляется из предыдущего годового взноса пропорционально количеству полных месяцев оставшегося страхового периода.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (устное заявление и т.д.).

8.3. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа действующих у Страховщика программ страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг. Перечень, медицинских и иных услуг в рамках конкретной программы страхования, а также сама программа страхования и любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

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

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

- о застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о перечне медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования;
- о перечне медицинских и иных учреждений.

8.5. Страховщик обязан при заключении Договора страхования вручить Страхователю Правила страхования и программы страхования, что удостоверяется соответствующей записью в Договоре страхования. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

8.6. При заключении Договора добровольного медицинского страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

8.7. Заключение Договора медицинского страхования с юридическим лицом может осуществляться путем составления отдельного документа, в рамках которого Застрахованным лицам по Договору страхования выдаются именные страховые полисы (или страховые пластиковые карточки).

8.7.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное заявление представителя Страхователя или письменное заявление Страхователя по форме утвержденной Страховщиком, в котором должны быть указаны:

– наименование, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, государственный регистрационный номер, место государственной регистрации и адрес местонахождения;

– список Застрахованных лиц по форме, по согласованной со Страховщиком с указанием: фамилии, имя, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

– программа страхования;

– срок действия Договора страхования;

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных сведениях и документах отсутствуют необходимые данные об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска, а также в порядке, предусмотренном п.7.3. настоящих Правил, предложить Застрахованному лицу заполнить Медицинскую анкету и/или направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

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

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

8.7.3. Страховая пластиковая карточка является документом, удостоверяющим предоставление Застрахованному лицу страховой защиты на условиях, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования. Страховая пластиковая карточка выдается Страхователю в течение трёх рабочих дней после вступления Договора страхования в законную силу, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.7.4. В страховой пластиковой карточке указывается:

– номер и дата заключения Договора страхования;

– категория: содержащая буквенно-цифровой шифр, определяющий выбранную Программу страхования, перечень медицинских учреждений;

– фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;

– дата, месяц, год рождения;

– наименование Страхователя;

– срок действия Договора страхования;

– период страхования;

– телефоны круглосуточного диспетчерского пульта.

Приложением к страховой пластиковой карточке является Программа страхования и перечень медицинских и/или фармацевтических организаций (учреждений).

8.8. Заключение Договора медицинского страхования с физическим лицом.

8.8.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя по форме утвержденной Страховщиком, в котором должно быть указано:

– данные Страхователя: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа,

удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

– данные Застрахованного: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

– Программа страхования;

– срок действия договора страхования;

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных сведениях и документах отсутствуют необходимые данные об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска, а также в порядке, предусмотренном п.7.3. настоящих Правил, предложить Застрахованному лицу заполнить Медицинскую анкету и/или направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

8.8.2. Факт заключения Договора страхования подтверждается оформлением единого документа - Страхового полиса и/или выдачей страховой пластиковой карточки.

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

8.8.3. В страховом полисе указывается:

– номер страхового полиса;

– данные Страхователя: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

– данные Застрахованного: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

– Программа страхования;

– перечень медицинских учреждений, в которые застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг;

– размер страховой премии;

– размер страховой суммы;

– срок действия договора страхования.

Приложением к страховому полису являются Правила страхования и Программа страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг.

8.8.4. При заключении Договора страхования по программам страхования иностранных граждан, временно находящихся на территории РФ, и граждан РФ, при их нахождении вне

постоянного места жительства путем выдачи Страхователю страхового полиса в страховом полисе указывается:

- номер полиса;
- данные Страхователя: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- данные Застрахованного: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- срок действия договора страхования (дата начала и окончания действия договора страхования и количество дней);
- Программа страхования;
- размер страховой премии;
- размер страховой суммы;
- выбранная программа;
- при страховании нескольких лиц указывается их количество, фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии).

8.8.5. По соглашению сторон Договор страхования может быть заключен путем подписания двустороннего документа - Договора страхования.

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

8.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в Договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

8.11. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

8.12. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, либо страховой пластиковой карточки, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые документы.

При повторной утрате страховой пластиковой карточки в течение срока действия Договора страхования со Страхователя может быть взыскан ущерб Страховщика, в размере стоимости изготовления страховой пластиковой карточки.

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

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

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

8.15. Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

8.16. В случае увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения необходимые для оценки страхового риска, в объеме предусмотренном настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующий страховой взнос за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

8.17. Страховые пластиковые карточки лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, подлежат возврату Страховщику. Страховая пластиковая карточка должна быть возвращена Страховщику Страхователем в течение 3 (трех) рабочих дней с даты исключения лица из Списка Застрахованных лиц.

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

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

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. В рамках настоящих Правил, Страховщик в соответствии с условиями договора страхования в счет страховой выплаты по договору страхования вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу. Получение в указанном случае Застрахованным лицом медицинской помощи и иных услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения (организации), указанные в Программе страхования. Если это прямо предусмотрено условиями Договора страхования, Застрахованное лицо вправе предварительно (до обращения в медицинское и/или иное учреждение или организацию) обратиться к Страховщику по указанным в Договоре страхования телефонам за консультациями касательно порядка исполнения Договора страхования. Размер страховой выплаты определяется стоимостью предусмотренной Договором страхования медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в Договоре страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

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

9.3. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по Договору страхования вправе заключать соответствующие Договоры с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями (организациями), находящимися на территории РФ и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники, аптечные учреждения, частнопрактикующих врачей

и иные организации различных форм собственности, являющиеся резидентами или нерезидентами на территории Российской Федерации.

9.4. Медицинские учреждения (организации), сервисные компании и иные учреждения (организации), в соответствии с Договором, заключенным со Страховщиком, оказывают медицинскую и/или иную помощь (услуги) Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и выбранными программами, включая медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

9.5. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в соответствии с условиями указанными в Договоре страхования:

9.5.1. Путем организации оказания Застрахованному лицу (в счет страховой выплаты по договору страхования) медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, и оплаты стоимости этих услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и/или в аптечную (фармацевтическую) (или иную)¹ организацию по их счетам.

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

Примечание: Если иное не предусмотрено договором страхования, срок оказания вышеуказанных услуг медицинскими и/или иными учреждениями (организациями), указанными в договоре страхования (программе страхования) не может превышать 30 (тридцать) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица, за исключением случаев, когда:

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

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

9.5.2. Путем организации оказания Застрахованному лицу (в счет страховой выплаты по договору страхования) медицинских и/или иных услуг в виде санаторно-курортного лечения с учетом медицинских показаний как необходимого по состоянию здоровья Застрахованного лица, назначенного его лечащим врачом в медицинском учреждении (организации), указанном в Программе страхования, и оплаты стоимости указанного санаторно-курортного лечения: либо соответствующему санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению, либо санаторно-курортному агентству.

Примечание: Если иное не предусмотрено договором страхования, срок оказания вышеуказанных услуг в виде санаторно-курортного лечения не может превышать 210 (двести десять) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица в соответствующее медицинское и/или иное учреждение (организацию), указанное в договоре страхования (программе страхования) за получением направления на санаторно-курортное лечение, за исключением случаев, когда:

- медицинскими нормами и/или рекомендациями установлены иные сроки оказания санаторно-курортного лечения;

- иные сроки оказания Застрахованному лицу конкретного вида санаторно-курортного лечения, а также иных указанных в договоре страхования услуг, установлены соответствующим медицинским и/или иным учреждением (организацией) с учетом сложности лечения,

¹ Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения как в розницу, так и оптом.

необходимости получения определенных медицинских процедур и/или использования определенного оборудования, лекарственных средств, без использования которых осуществление санаторно-курортного лечения не возможно, обнаружения осложнений и/или сопутствующих болезней, препятствующих назначенному санаторно-курортному лечению и т.п.

9.5.3. Путем оплаты непосредственно Застрахованному лицу в течение 60-ти (шестидесяти) рабочих дней считая со дня предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику всех необходимых документов, предусмотренных п. 9.5.3.1 настоящих Правил, стоимости оказанных Застрахованному медицинских и/или иных услуг в виде санаторно-курортного лечения с учетом медицинских показаний как необходимого по состоянию здоровья Застрахованного лица, назначенного его лечащим врачом в медицинском учреждении (организации), указанном в Программе страхования.

9.5.3.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страхователь (Застрахованное лицо), самостоятельно оплативший стоимость предусмотренного договором страхования санаторно-курортного лечения, назначенного его лечащим врачом в медицинском учреждении (организации), указанном в Программе страхования, обязан предоставить Страховщику:

- письменное заявление о страховой выплате;
- документ, удостоверяющий личность гражданина (для обозрения и снятия копии);
- выписку из истории болезни, выданную учреждением, в котором осуществлялось санаторно-курортное лечение;
- копию санаторно-курортной путевки или иной документ, подтверждающий получение санаторно-курортного лечения, заверенный в установленном порядке;
- документы, подтверждающие оплату путевки на санаторно-курортное лечение.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, определения характера и объема оказанного Застрахованному санаторно-курортного лечения (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, и их стоимости, Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.п. 3) п.11.3.2. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения, подтверждающие факт наступления страхового случая, а также характер, объем и стоимость санаторно-курортного лечения, оказанного Застрахованному лицу.

9.5.4. Путем оплаты непосредственно Застрахованному лицу в течение 30-ти рабочих дней считая со дня предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику всех необходимых документов, предусмотренных п.9.5.4.1 настоящих Правил, стоимости (возмещения понесенных расходов) оказанной Застрахованному лицу медицинской и/или иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения).

9.5.4.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страхователь (Застрахованное лицо), самостоятельно оплативший стоимость предусмотренных договором страхования медицинских и/или иных услуг, назначенных его лечащим врачом в медицинском учреждении (организации), указанном в Программе страхования, обязан предоставить Страховщику:

- письменное заявление о страховой выплате;
- документ, удостоверяющий личность гражданина (для обозрения и снятия копии);
- направление на лечение;
- выписку из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного или иного документа, подтверждающего факт получения медицинских услуг;
- оригинал оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, а также перечня оказанных услуг и их стоимости;
- документы, подтверждающие оплату услуг лечебного учреждения.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, определения характера и объема оказанной Застрахованному медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре

страхования услуг, и их стоимости, Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.п. 3) п.11.3.2. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения, подтверждающие факт наступления страхового случая, а также характер, объем и стоимость медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в договоре страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу.

9.6. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в течение предусмотренного Правилами срока для осуществления страховой выплаты, и направляется Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение пятнадцати рабочих дней со дня истечения вышеуказанного срока для осуществления страховой выплаты.

9.7. Страховщик вправе проверить соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также провести экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

9.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, назначенная лечащим врачом Застрахованного при наличии медицинских показаний для госпитализации как необходимая по состоянию здоровья, плановая госпитализация Застрахованного лица осуществляется не менее чем за 14 (четырнадцать) дней до окончания срока действия Договора страхования. При осуществлении в указанном случае госпитализации Застрахованного лица, страховая выплата по Договору страхования осуществляется за период с даты фактической госпитализации до конца срока действия Договора страхования.

9.9. При установлении в Договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным) при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги.

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

При этом применяется следующий порядок:

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

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

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

10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

10.2. Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, Страховом полисе, Программе страхования, а также в переданных Страхователю Правилах страхования.

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

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

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

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Права и обязанности Застрахованного лица по Договору страхования.

11.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

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

б) получать от Страховщика разъяснения условий Договора страхования и Программы страхования;

в) на получение дубликата страхового полиса (страховой пластиковой карточки) в случае его утраты.

11.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

б) при получении страховой документации (Договора страхования, страхового полиса, страховой пластиковой карточки, Правил страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;

в) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

д) при утрате страхового полиса и/или страховой пластиковой карточки незамедлительно извещать об этом Страховщика;

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

ж) предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

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

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

к) в Договор страхования могут быть включены и иные права и обязанности сторон.

11.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

11.2.1. Страхователь обязан:

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

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

в) обеспечить прохождение медицинского освидетельствования Застрахованным лицом по требованию Страховщика;

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

д) соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от совершения действий, которые могут повлечь неблагоприятные последствия в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица;

е) в случае заболевания и/или травмы Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного;

ж) при наступлении страхового случая незамедлительно, но в любом случае не позднее 30-ти дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, известить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;

з) надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица;

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

к) уведомить Застрахованное лицо о необходимости выполнения им обязанностей (действий), предусмотренных подпунктами б), г) – и) п.11.2.1 настоящих Правил, если указанные обязанности могут или должны быть выполнены указанным лицом;

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

м) Страхователь, а также Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор страхования обязаны:

– соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые приводят к неблагоприятным последствиям для его жизни и здоровья;

– при обращении за медицинской и/или иной помощью добросовестно выполнять рекомендации лечащего врача;

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

– выполнять обязанности, предусмотренные подпунктами б), г) – и) п.11.2.1 настоящих Правил.

11.2.2. Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) при коллективном страховании изменить численность Застрахованных лиц в соответствии с порядком, предусмотренном Правилами страхования;

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

г) заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Правилами страхования;

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

11.3 Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик обязан:

а) вручить Страхователю при заключении договора страхования соответствующие Правила страхования на основании которых заключен вышеуказанный Договор страхования, а также Программу страхования;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы и/или страховые пластиковые карточки установленной формы;

в) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования;

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

д) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному в медицинских и/или иных учреждениях (организациях), предусмотренных Программой страхования, и в медицинских и/или иных учреждениях, медицинская помощь и иные услуги в которых были согласованы со Страховщиком в установленном Договором страхования порядке.

11.3.2. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) досрочно расторгнуть Договор страхования в случае:

– предусмотренном п.7.6. настоящих Правил;

– в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

в) согласовать не предусмотренное в Программе страхования муниципальное медицинское учреждение (скорая медицинская помощь «03» («112»), госпитализация в ближайший стационар и пр.) для оказания экстренной медицинской помощи Застрахованному лицу по жизненным показаниям с дальнейшим переводом по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при

отсутствии медицинских противопоказаний в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования;

г) по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения договора с медицинским и/или иным учреждением (организацией), указанным в Программе страхования;

д) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

е) проверять сообщенную Страхователем информацию;

ж) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении медицинским и/или иным учреждением стоимости предоставляемой медицинской, в том числе лекарственной, и медико-социальной помощи, и иных услуг;

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

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

11.4 Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

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

11.4.2. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования (п.11.4.1.-11.4.9. Правил), подписывая Договор страхования и/или принимая от Страховщика страховой полис тем самым выражает свое добровольное согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц, а также в целях информирования Страхователя о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг).

11.4.3. Персональные данные Страхователя включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения (в том числе сведения составляющие врачебную тайну), а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

11.4.4. Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам (в т.ч. медицинским и иным учреждениям (организациям), с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской и иной помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе

обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет с даты его заключения.

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

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

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

11.4.8. В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 (шести) месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 3 (трех) лет с даты окончания срока действия договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 3 (трех) лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

11.4.9. Указанные выше положения настоящего пункта 11.4. настоящих Правил страхования относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- в) неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором страхования сроки и размере;
- г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случая замены Страхователя в Договоре страхования;
- д) в случае смерти Застрахованного лица;
- е) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ;
- ж) неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки.

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

12.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных Застрахованных лиц, до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страхователю возвращается страховой взнос пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.

12.4. При досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя (отказе от договора страхования) в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования.

12.5. Если возврат части страховой премии за не истекший срок действия предусмотрен условиями Договора страхования, он осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший срок действия страхования за вычетом суммы в размере 40% от страховой премии по договору страхования и за вычетом произведенных и/или предстоящих страховых выплат, если иное не предусмотрено Договором.

Стороны вправе согласовать в Договоре страхования иной размер подлежащей возврату Страхователю части страховой премии.

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

12.6. Если уплата страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) состоялась до даты вступления Договора страхования в силу, указанной в Договоре страхования, а Страхователь или Страховщик в силу обстоятельств, определенных законодательством Российской Федерации, отказываются от заключения Договора страхования, и при этом дата вступления договора в силу не наступила, страховой взнос, уплаченный до даты вступления Договора страхования в силу, возвращается в полном объеме без удержания расходов Страховщика.

12.7. Во всех случаях прекращения или расторжения Договора страхования в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица, соответствующие Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы (страховые пластиковые карточки), действие которых прекращается с момента прекращения или расторжения Договора страхования.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Если иное прямо не предусмотрено действующим законодательством, по спорам, вытекающим из неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком и/или Страхователем и/или Застрахованным лицом условий Договора страхования, обязательно соблюдение досудебного порядка урегулирования спора - предъявление письменной претензии. В указанном случае, споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) разрешаются путем переговоров между сторонами в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения претензии, а при не достижении согласия - в судебном порядке по месту нахождения ответчика.