

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
№21.3

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	3
2	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	4
3	ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	5
4	СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	5
5	ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ	7
6	СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВОЙ ТАРИФ	7
7	СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	9
8	ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ	15
9	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	19
10	ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	21
11	ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ	22
	ПРИЛОЖЕНИЕ №1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №1	24
	ПРИЛОЖЕНИЕ №2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №2	26
	ПРИЛОЖЕНИЕ №3. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К НИМ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СТЕПЕНЬ СТРАХОВОГО РИСКА	

1/ ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Для целей настоящих Правил добровольного медицинского страхования №21.3 (далее – Правила) перечисленные ниже термины, понятия и определения будут иметь следующие значения:

Договор страхования – письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем (далее совместно именуемые Стороны), по которому Страховщик обязуется произвести страховую выплату при наступлении страхового случая, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию.

Страховой полис – документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования.

Лимит ответственности (лимит страхового возмещения) – максимальный размер страхового возмещения по Программе(-ам) страхования, видам и количеству медицинских и иных услуг по одному страховому случаю либо по иным основаниям, установленным в Договоре страхования.

Программа добровольного медицинского страхования (Программа страхования) – перечень медицинских и иных услуг (далее также «медицинская помощь»), предоставляемых Страховщиком, а также медицинскими организациями, сервисными компаниями и иными учреждениями, в которых Застрахованное лицо может получить медицинские и иные услуги, предусмотренные Договором страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

Дополнительные условия страхования (Дополнительные условия, Условия страхования) – условия страхования, в которых определены страховые случаи, по которым может быть заключен Договор страхования, порядок предоставления медицинских и иных услуг, а также иные условия страхования по страховым случаям, определенным в Дополнительных условиях. Дополнительные условия являются неотъемлемой частью Правил страхования.

Место жительства – место, где Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает.

Сервисная компания – специализированная компания, предусмотренная Договором страхования, с которой у Страховщика имеются договорные отношения и которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию оказания медицинской помощи, консультационных и иных услуг.

Медицинская организация – имеющая соответствующие разрешения на оказание медицинских услуг в стране регистрации, лечебно-профилактическая организация, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую, стационарную (больничную)), а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. В соответствии с настоящими Правилами к Медицинским организациям относятся больницы, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, а также учреждения охраны материнства и детства.

Медицинские услуги – медицинская и лекарственная помощь и иные услуги, оказываемые медицинскими организациями Застрахованным лицам вследствие расстройства их здоровья или их состояния, 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.

Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимость койко-дня); оформление медицинской и иной организацией различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги¹, в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения,

¹ Медико-транспортные услуги могут включать в себя транспортировку Застрахованного в ближайшую медицинскую и иную организацию, в которой может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги могут также предусматривать возможность возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания, и транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) в место его постоянного жительства или иное место, определенное договором страхования, в случае смерти Застрахованного во время его пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

санаторно-курортное лечение, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержке и восстановлении здоровья.

Период страхования (срок страхования) – период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования, обусловленного Договором страхования. Страхование распространяется только на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным лицом в течение Периода страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Период страхования исчисляется со дня вступления Договора страхования в силу и заканчивается датой окончания (прекращения/расторжения) Договора страхования.

Период охлаждения – период времени, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от Договора страхования на условиях, изложенных в п. 10.5 и п. 10.6 настоящих Правил.

Иностранная структура без образования юридического лица – организационная форма, созданная в соответствии с законодательством иностранного государства (территории) без образования юридического лица (в частности, фонд, партнерство, товарищество, траст, иная форма осуществления коллективных инвестиций и (или) доверительного управления), которая в соответствии со своим личным законом вправе осуществлять деятельность, направленную на извлечение дохода (прибыли) в интересах своих участников (пайщиков, доверителей или иных лиц) либо иных выгодоприобретателей.

Личный кабинет – персональный раздел Страхователя на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), сформированный Страхователем либо Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя, который может быть использован для создания и обмена информацией между Страховщиком и Страхователем в электронной форме для заключения, исполнения, изменения, досрочного прекращения Договора страхования, а также в иных целях, не противоречащих настоящим Правилам и действующему законодательству Российской Федерации (далее – законодательство РФ).

1.2. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами, то термины и понятия применяются в том значении, в каком они используются в соответствующих областях права. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами и не может быть определено исходя из законодательных и нормативных правовых актов, то такое понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Настоящие Правила разработаны с учетом положений действующего законодательства РФ, Закона Российской Федерации №4015-1 от 27.11.1992 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также других нормативных правовых документов.

2.1.1. Настоящие Правила определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения Договоров страхования, заключенных Страхователями на условиях настоящих Правил.

2.1.2. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему, либо в Договоре страхования содержится ссылка на Правила страхования, размещенные Страховщиком на своем официальном сайте в сети «Интернет».

2.1.3. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ)). При изменении/исключении отдельных положений, которые содержатся в Приложениях к Правилам страхования, такие Приложения применяются в измененном виде. Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному Договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

2.1.4. Страховщик вправе на основании настоящих Правил страхования формировать отдельные условия страхования, программы страхования, коллективные договоры страхования с использованием отдельных условий, закрепленных в настоящих Правилах страхования, и (или) комбинируя их, с присвоением таким условиям страхования, программам страхования маркетинговых наименований.

2.2. Субъектами страхования по настоящим Правилам являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное(-ые) лицо(-а).

2.2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование» (ООО «СК «Сбербанк страхование»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством РФ на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.2.2. Страхователь – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, иностранная структура без образования юридического лица либо дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.2.3. Застрахованное лицо (также – Застрахованный) – физическое лицо, определенное в Договоре страхования и на которое распространяется страхование по Договору страхования.

В случае если Страхователь заключил Договор страхования в свою пользу, то он является Застрахованным лицом.

2.3. Если иное не установлено в Договоре страхования, Застрахованными лицами могут являться физические лица в возрасте от 0 (нуля) до 80 (восьмидесяти) лет на дату заключения Договора страхования.

2.4. Не принимаются на страхование на стандартных условиях и не являются Застрахованными лицами следующие категории лиц:

2.4.1. возраст которых не соответствует значениям, указанным в Правилах страхования и/или Договоре страхования (Страховом полисе);

2.4.2. состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

2.4.3. ВИЧ-инфицированные;

2.4.4. являющиеся инвалидами I или II группы.

2.5. В отношении лиц, указанных в п.п. 2.4.1–2.4.4 настоящих Правил, Страховщик вправе предложить заключение договора страхования на индивидуальных условиях с учетом повышенной степени риска, имеющейся у данной группы лиц.

2.6. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо подпадает под одну из категорий, перечисленных в п. 2.4 настоящих Правил, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, то данное лицо ни при каких условиях не признается Застрахованным лицом. Договор страхования, заключенный только в отношении такого лица, будет считаться незаключенным, обязательства Сторон по нему – невозникшими. Обязательства Сторон по Договору страхования, заключенному в отношении нескольких лиц, одно или несколько из которых подпадают под категорию, указанную в п. 2.4 настоящих Правил, прекращаются в отношении таких лиц с момента заключения Договора страхования. Страховые выплаты в отношении таких лиц не производятся.

2.7. Договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица прекращается в момент перехода данного Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в категории (категию), указанные в п. 2.4 настоящих Правил, если Договором страхования прямо не предусмотрено иное. При этом Страховщик, если иное не предусмотрено Договором страхования, осуществляет возврат Страхователю части страховой премии за неистекший оплаченный Период страхования.

3/ ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) 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/ СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

4.2. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, произошедшее в Период страхования, обусловленный Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. По Договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию,

Сервисную компанию и/или иное учреждение из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком за медицинскими и/или иными услугами (медицинской помощью) по поводу ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и в других случаях, предусмотренных Договором страхования, требующих оказания медицинской помощи. Услуги предоставляются Застрахованному лицу в соответствии с предусмотренной Договором страхования Программой страхования или по дополнительному согласованию со Страховщиком путем оказания консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи, кроме событий, указанных в п.п. 4.9–4.10 настоящих Правил. В соответствии с Программой страхования Застрахованному лицу по медицинским показаниям могут быть предоставлены медико-транспортные услуги.

4.4. Договором страхования может быть предусмотрено, что при наступлении страхового случая Страховщик осуществляет организацию, оказание и оплату отдельных видов медицинской помощи.

4.5. Страховщик на основании настоящих Правил страхования вправе разрабатывать Дополнительные условия и/или Программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской и лекарственной помощи.

4.6. Договор страхования может быть заключен в соответствии с Дополнительными условиями к настоящим Правилам. Перечень и объем медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) определяется Договором страхования, Дополнительными условиями и/или Программой страхования, если Программа страхования предусмотрена Договором страхования. В случае отличия условий страхования, изложенных в настоящих Правилах, от условий, содержащихся в Дополнительных условиях и/или Программе страхования, преимущественную силу имеют положения Дополнительных условий и/или Программы страхования, если Программа страхования предусмотрена Договором страхования.

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

4.8. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и/или иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в медицинских и/или иных организациях по существующим технологиям в соответствии с условиями Договора страхования в пределах обусловленной в нем страховой суммы. Страховщик гарантирует оплату медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и/или Программой страхования, если Программа страхования предусмотрена Договором страхования, предоставляемых медицинскими и/или иными организациями. При этом организация оказания медицинских и/или иных услуг в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими организациями, так и через российские медицинские и/или иные организации либо при посредничестве Сервисных компаний.

4.9. Не является страховым случаем, если иное не предусмотрено Договором страхования, обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию:

4.9.1. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, иного вреда своему здоровью, в том числе с покушением на самоубийство 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 решениями соответствующих органов;

4.9.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, что должно быть подтверждено решением соответствующих органов;

4.9.3. в связи с 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 как необходимые и разумные меры;

4.9.4. для косметической или пластической хирургии;

4.9.5. для проведения лазерной или иной коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если Договором страхования не предусмотрено иное;

- 4.9.6. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- 4.9.7. по поводу венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;
- 4.9.8. по поводу особо опасных инфекций: натуральной оспы, чумы, холеры, сибирской язвы, сыпного тифа;
- 4.9.9. по поводу психических болезней, независимо от сроков выявления;
- 4.9.10. не предусмотренное Договором страхования;
- 4.9.11. за получением медицинских услуг и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;
- 4.9.12. по окончании срока действия Договора страхования и за пределами срока страхования;
- 4.9.13. в случаях, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования.

4.10. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

- 4.10.1. стихийными бедствиями (если иное не предусмотрено Договором страхования);
- 4.10.2. террористическими актами (если иное не предусмотрено Договором страхования).

5/ ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Территория действия страхования определяется в Договоре страхования. Если территория действия страхования не определена в Договоре страхования, то страхование действует на территории Российской Федерации.

6/ СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон. В Договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (далее – страхование с валютным эквивалентом).

6.2. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страхового взноса) в Период страхования.

6.3. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая сумма уменьшается на величину произведенной страховой выплаты (агрегатная страховая сумма). Договором страхования может быть предусмотрена неагрегатная страховая сумма, которая не уменьшается на величину произведенной страховой выплаты.

6.4. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых Программой страхования услуг в рамках иных Программ страхования, являющихся приложением к настоящим Правилам страхования, путем заключения дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

6.5. В Договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности (лимиты страхового возмещения) Страховщика.

6.6. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – часть убытков, которая определена Договором страхования и не подлежит возмещению Страховщиком.

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).

Франшиза определяется в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, то франшиза является безусловной.

Франшиза устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, указывается в Договоре страхования и действует по каждому страховому случаю (если в Договоре страхования не предусмотрено иное).

6.7. Под страховой премией (страховыми взносами) понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

6.8. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом факторов, влияющих на степень страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

6.9. Для определения размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы (базовые тарифные ставки и поправочные повышающие и/или понижающие коэффициенты к ним) (Приложение №3 к настоящим Правилам).

6.10. Страховые тарифы в рамках коллективного Договора страхования могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.

6.11. При определении размера страховой премии Застрахованному лицу может быть предложено заполнить медицинскую анкету по форме, установленной Страховщиком. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного лица). В случае необходимости для уточнения указанных данных Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного лица от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.12. Страховая премия (страховой взнос) уплачивается в соответствии с действующим законодательством РФ:

– в рублях;

– при страховании с валютным эквивалентом страховая премия может устанавливаться в иностранной валюте и уплачиваться в российских рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено в Договоре страхования (Страховом полисе);

– страховая премия в случаях, когда это допускается действующим законодательством РФ, может устанавливаться и уплачиваться в иностранной валюте.

6.13. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем Страховщику или его уполномоченному представителю одновременно или в рассрочку наличными деньгами или безналичным расчетом.

6.14. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса), если Договором страхования не предусмотрено иное, считается:

6.14.1. при безналичной уплате юридическими лицами – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика);

6.14.2. при безналичной уплате физическими лицами – дата подтверждения кредитной организацией, обслуживающей Страхователя (Законного представителя), исполнения его распоряжения о переводе суммы страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика);

6.14.3. при уплате наличными деньгами – дата поступления страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика (представителя Страховщика).

6.15. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса по вступившему в силу Договору страхования или страховой премии за очередной период страхования по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренный Договором страхования срок либо уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования, сумме в рамках настоящих Правил страхования Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что такая неуплата (уплата в меньшем, чем предусмотрено Договором страхования, размере) является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение Договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса). В этом случае Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса). Страховщик не несет ответственности по событиям, произошедшим с момента прекращения Договора по обстоятельствам, указанным в п. 6.15 настоящих Правил страхования.

При этом в случае такого отказа Страхователя от Договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплатой ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования, сумме в целях констатации факта досрочного прекращения Договора страхования Страховщик информирует Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

Информирование Страхователя (физического лица) Страховщиком осуществляется путем направления СМС-сообщения по номеру телефона или письма по адресу электронной почты Страхователя, если он предоставил их при заключении Договора страхования, либо путем уведомления посредством направления сообщения в личный кабинет или Мобильное приложение (при наличии возможности), либо иным способом коммуникации, согласованным при заключении Договора страхования.

7/ СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного заявления Страхователя (заявления на страхование). Письменное заявление является неотъемлемой частью Договора страхования. При необходимости перед заключением Договора страхования Застрахованные лица заполняют анкеты по установленной Страховщиком форме.

7.2. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

7.2.1. Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления на страхование Полиса, подписанного Страховщиком, либо составления одного документа, подписанного Сторонами. Направление Полиса посредством сетей электросвязи способом и по адресу/номеру, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, или путем его размещения в личном кабинете Страхователя является надлежащим вручением Полиса Страхователю. При этом Стороны вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Полис на бумажный носитель. В случае заключения Договора страхования на основании устного заявления Страхователя согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Договора страхования / Полиса и/или уплатой страховой премии (при уплате единовременно) / первого страхового взноса (при уплате в рассрочку);

7.2.2. Договор страхования может быть составлен и направлен Страхователю в виде электронного документа – Страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. Страховой полис (свидетельство, сертификат, квитанция), подписанный квалифицированной электронной подписью Страховщика, может быть направлен Страхователю на указанный им адрес электронной почты или путем размещения в личном кабинете, сформированном Страхователем либо Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя, а также иными способами, не противоречащими действующему законодательству РФ.

Договор страхования в электронной форме считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии (при уплате единовременно) / первого страхового взноса (при уплате в рассрочку).

7.3. Для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков Страховщик вправе запросить у Страхователя документы, подтверждающие сведения, изложенные в заявлении на страхование, а также следующие документы и сведения:

7.3.1. сведения о Страхователе:

7.3.1.1. физическом лице:

- фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);
- дата и место рождения;
- гражданство;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);
- данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством РФ);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством РФ (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством РФ);
- адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;
- ИНН (при наличии);

- СНИЛС (при наличии);
- контактные данные (телефон и адрес электронной почты, в том числе для направления юридически значимых сообщений);

7.3.1.2. юридическом лице:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (полное и (или) сокращенное) (при наличии);
- организационно-правовая форма;
- идентификационный номер налогоплательщика – для резидента; идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, присвоенный до 24 декабря 2010 г. при постановке на учет в налоговом органе, либо идентификационный номер налогоплательщика, присвоенный после 24 декабря 2010 г. при постановке на учет в налоговом органе, – для нерезидента;
- код (коды) (при наличии) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или его (их) аналоги);
- сведения о государственной регистрации:
 - основной государственный регистрационный номер – для резидента;
 - номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации – для нерезидента;
 - место государственной регистрации (местонахождение);
- адрес юридического лица;
- код в соответствии с Общероссийским классификатором объектов административно-территориального деления (при наличии);
- место ведения основной деятельности иностранной структуры без образования юридического лица;
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя, отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – в отношении трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица);
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- номера телефонов / адреса электронной почты;
- доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием которых юридическим лицом оказываются услуги (при наличии);
- иную контактную информацию (при наличии);
- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с некредитной финансовой организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением, либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и (или) копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ; и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и (или) сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве) вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и (или) сведения об отсутствии

фактов неисполнения клиентом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и (или) данные о рейтинге клиента, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и национальных рейтинговых агентств);

- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о юридическом лице других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых юридическое лицо находится (находилось) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного юридического лица);
- сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента;
- сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах) (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица);
- код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о единоличном исполнительном органе (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица);
- сведения о представителе (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица).
- банковские реквизиты;

7.3.1.3. индивидуальном предпринимателе:

- фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);
- дата и место рождения;
- гражданство;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);
- данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством РФ);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством РФ (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством РФ);
- адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;
- ИНН;
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- номера телефонов / адреса электронной почты;
- доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием которых индивидуальным предпринимателем оказываются услуги (при наличии);
- иную контактную информацию (при наличии);
- сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя: основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 г.), место регистрации;

- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с некредитной финансовой организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
 - сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и (или) копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ; и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и (или) сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве) вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и (или) сведения об отсутствии фактов неисполнения клиентом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и (или) данные о рейтинге клиента, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и национальных рейтинговых агентств);
 - сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о клиенте других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых клиент находится (находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации клиента);
 - сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента;
 - сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности.
- Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень;

7.3.2. сведения о каждом Застрахованном лице: фамилию, имя, отчество (при наличии), реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, адрес для направления корреспонденции, ИНН (при наличии); адрес электронной почты, телефон (мобильный телефон), информацию о месте работы и занимаемой должности, сведения о полученных ими ранее травмах и перенесенных заболеваниях, состоянии здоровья, наличии инвалидности, вредных привычках, увлечениях, занятиях спортом и роде профессиональной деятельности. Страховщик вправе потребовать также представления выписки из медицинских карт из лечебных учреждений, где лицо, принимаемое на страхование, наблюдалось или проходило лечение.

7.4. Страховщик имеет право назначить предварительное медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя. Страховщик вправе по своему усмотрению оплатить проведение предварительного медицинского обследования Застрахованного лица.

7.5. В случаях, если согласно информации, размещаемой Страховщиком на его официальном сайте в сети «Интернет», допускается предоставление Страхователем документации для заключения, изменения, расторжения (прекращения) Договора страхования в электронном виде, Страхователь может предоставить Страховщику соответствующие документы в виде электронных документов в порядке, указанном на официальном сайте Страховщика.

В случае предоставления Страхователем информации для заключения Договора страхования не в виде подписанного Страхователем документа в бумажном виде или не в виде электронного документа, предоставленного с использованием официального сайта Страховщика в сети «Интернет», такая информация считается предоставленной Страхователем устно.

7.6. При подписании Договоров страхования (Страховых полисов) Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати

Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договоры страхования (Страховые полисы) и приложения к ним.

7.7. Факсимильное воспроизведение печати Страховщика и подписей уполномоченных лиц Страховщика в Договорах страхования (Страховых полисах) и приложениях к ним, а также в сопровождающей их документации (письмах, актах, заявлениях и пр.) признается аналогом печати Страховщика и собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика.

7.9. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренных настоящими Правилами.

7.10. В случае утраты Договора страхования (Страхового полиса) Страхователем Страховщик на основании личного заявления Страхователя выдает бесплатно дубликат документа, после чего утраченный Договор страхования (Страхового полис) считается недействительным с момента подачи заявления Страхователя и выплаты по нему не производятся. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок предоставления Страховщиком дубликата Договора страхования (Страхового полиса).

7.11. Все данные о Страхователе (Застрахованном лице), которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях исполнения Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

7.12. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, а также предоставил фиктивные документы, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса РФ.

7.13. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком и указывается в Договоре страхования.

7.14. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок действия Договора страхования составляет один календарный год с момента вступления Договора страхования в силу.

7.15. Срок страхования определяется в Договоре страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, дата начала срока страхования – 00 часов 00 минут календарной даты, следующей за датой уплаты страховой премии (первого страхового взноса). Действие страхования заканчивается в 23 часа 59 минут местного времени дня, указанного в Договоре страхования как день его окончания по месту заключения Договора страхования.

7.16. В Договоре страхования может быть установлена временная франшиза. При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании временной франшизы. Временная франшиза может быть установлена как по Договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам.

7.17. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений считаются направленными Сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме, или в форме электронного документа, или через личный кабинет, или иным способом коммуникации, согласованным при заключении Договора страхования в случае, если это не противоречит законодательству РФ и предусмотрено настоящими Правилами, Договором страхования или соглашением Сторон.

Любые документы, уведомления и извещения в связи с заключением, изменением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, подписанные в том числе факсимильным воспроизведением подписи Страхователя, полученной путем сканирования оригинальной подписи Страхователя, направленные с адреса электронной почты Страхователя, указанного в Договоре страхования, переданные Страхователем Страховщику или уполномоченному Страховщиком лицу или иным способом, согласованным в Договоре страхования, признаются Сторонами оригиналами соответствующих документов, исходящими от Страхователя.

При изменении адресов и/или реквизитов Стороны обязаны в течение 5 (пяти) рабочих дней известить друг друга об этом. Если Сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

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

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

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

7.20. В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные 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. Порядок изменения списка Застрахованных лиц предусматривается условиями Договора страхования.

7.21. Все изменения и/или дополнения в Договор страхования оформляются Страховщиком в письменной форме в виде дополнительных соглашений к Договору страхования. Изменения и/или дополнения в Договор страхования, заключенный в письменной форме, или в Страховой полис, врученный Страховщиком Страхователю в подтверждение заключения Договора страхования, могут быть составлены и направлены Страхователю в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

7.22. Заключая Договор страхования (Страховой полис) и/или оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что:

7.22.1. ему разъяснены и понятны возрастные ограничения и ограничения по состоянию здоровья принимаемых на страхование лиц, установленные в п.п. 2.3 и 2.4 Правил;

7.22.2. ему разъяснено, что если после заключения Договора страхования (Страхового полиса) будет установлено, что он сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса РФ;

7.22.3. до заключения Договора страхования ему была предоставлена полная и достоверная информация о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе:

- a. об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- b. о подлежащем уплате по Договору страхования размере страховой премии (страховых взносов);
- c. об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии;
- d. о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя / Застрахованного лица, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- e. о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора страхования;
- f. о наличии или отсутствии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение определенного действующим законодательством срока со дня его заключения;
- g. о сроках рассмотрения обращений Страхователя / Застрахованных лиц относительно получения страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- h. о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, в случае если заключение Договора страхования осуществлялось с участием страхового агента или страхового брокера;
- i. об обязанности уведомить Страховщика об изменении данных, указанных в Договоре, в том числе об изменении адреса, электронной почты и номера телефона, не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения соответствующих данных;

- j. об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая;
- k. о принципах расчета страховой выплаты.

8/ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

8.1. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или Программой страхования, если Программа страхования предусмотрена Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в Медицинские организации, Сервисную компанию или иные организации, указанные в Договоре страхования, или предварительно к Страховщику по указанным им телефонам. Договором страхования может быть предусмотрен иной способ предоставления медицинской помощи и иных услуг или один из указанных выше способов.

8.2. Застрахованное лицо при обращении в Медицинскую организацию, Сервисную компанию или иные организации, указанные в Договоре страхования, обязано предъявить Страховой полис или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком (страховую пластиковую карточку), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

8.3. Страховая выплата производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования, Дополнительными условиями и/или Программой страхования, если Программа страхования предусмотрена Договором страхования, непосредственно на счет Медицинской организации, Сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.

Размер страховой выплаты определяется в размере стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской и иной помощи в объеме, предусмотренном Договором страхования и/или Программой страхования, если Программа страхования предусмотрена Договором страхования.

8.4. Перечисление страховой выплаты осуществляется авансовым платежом или на основании выставленного счета за оказанные медицинские и иные услуги. К счету должен быть приложен перечень медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицам, который должен в обязательном порядке включать следующую информацию: номер Договора страхования (Страхового полиса), фамилию, имя, отчество Застрахованного лица, дату оказания медицинской услуги, наименование, стоимость оказанных медицинских услуг, общую сумму расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, предусмотренной Договором страхования.

8.5. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Застрахованному лицу наличными денежными средствами или перечислением на его счет. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в п. 8.6 настоящих Правил, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

8.6. Для принятия решения о страховой выплате и оценки размера убытка Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику следующие обязательные документы:

8.6.1. оригинал заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, от имени Застрахованного лица / Законного представителя, письменное согласие Застрахованного лица / Законного представителя на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение;

8.6.2. оригинал или копия Договора страхования (Страхового полиса);

8.6.3. документ, подтверждающий уплату страховой премии;

8.6.4. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица / законного представителя Застрахованного лица или фотоизображение Застрахованного лица / законного представителя Застрахованного лица с документом, удостоверяющим личность;

8.6.5. свидетельство о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);

8.6.6. документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица;

8.6.7. доверенность представителя Застрахованного лица, если интересы Застрахованного лица представляет уполномоченное лицо;

8.6.8. документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного лица, для перечисления страхового возмещения, ИНН (при наличии), адрес электронной почты Застрахованного лица / законного представителя;

8.6.9. платежно-расчетные документы (оригинал кассового чека (кассовых чеков) или бланки строгой отчетности, квитанции к приходным кассовым ордерам или платежные поручения, подтверждающие оплату), подтверждающие факт оплаты оказанных медицинских и иных услуг, в том числе оригиналы кассового чека с копией приходного кассового ордера или квитанции, пронумерованной типографским способом, утвержденной Министерством финансов РФ как бланк строгой отчетности для расчетов с населением за медицинские и иные услуги без применения кассовых аппаратов;

8.6.10. счет из Медицинской организации с указанием наименований, стоимости, дат оказания медицинских услуг, номера договора с Медицинской организацией;

8.6.11. копию направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных и/или стационарных условиях из Медицинской организации, предусмотренной Программой страхования, заверенную надлежащим образом;

8.6.12. оригинал выписки из медицинской карты больного (эпикриз) с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы (заболевания), проведенном обследовании, лечении и сроках лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, рентгеновские снимки с заключением рентгенолога;

8.6.13. оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты услуг, связанных с медико-транспортными услугами и услугами по репатриации, если эти услуги были включены в Программу страхования.

Для получения возмещения при покупке лекарственного средства дополнительно к документам, указанным в п.п. 8.6.1–8.6.8, предоставляется:

8.6.14. рецепт (или ксерокопия рецепта) и/или иной документ² (при отсутствии бланков рецептов), выписанный лечащим врачом медицинской организации;

8.6.15. справка/выписка из медицинской организации, подтверждающая факт укуса клеща;

8.6.16. товарный чек с указанием в нем наименования и стоимости лекарственного средства (иммуноглобулина или иного лекарственного средства) с приложением печати (штампа) аптечной организации (наименование лекарственного средства (иммуноглобулина или иного лекарственного средства), указанного в товарном чеке, должно совпадать с наименованием лекарственного средства, указанного в рецепте) и/или иной документ (при отсутствии бланков рецептов);

8.6.17. чек контрольно-кассового аппарата с выбитой суммой, соответствующей сумме, указанной в товарном чеке.

Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Застрахованное лицо / законный представитель.

8.7. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнений.

Если Договором страхования прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные в п. 8.6 настоящих Правил страхования, должны представляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных по запросу Страховщика нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом на Страхователя (законного представителя) возлагается обязанность представить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно действующему законодательству РФ и/или международным договорам Российской Федерации легализация или проставление апостиля не требуется, представлению подлежит нотариальный перевод документа.

² Выписка из истории болезни, справка Медицинской организации и пр., подтверждающие факт выписки (назначения) лекарственного средства, а также подтверждающие факт оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, с указанием фамилии и инициалов Застрахованного лица, наименования лекарственного средства и его дозировки (при необходимости) и наименования оказанных медицинских услуг, фамилии врача, с проставлением печати (штампа) Медицинской организации.

8.8. В случае, если условиями конкретного Договора страхования, или согласно официальному сообщению Страховщика, размещаемому на его официальном сайте в сети «Интернет», или согласно иным сообщениям от Страховщика, его уполномоченного представителя³ предусмотрена возможность предоставления Страхователем (законным представителем) информации и документации для получения страховой выплаты в электронном виде, Страхователь (законный представитель) может предоставить Страховщику документы, поименованные в п. 8.6 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (законного представителя).

Требование о наличии подписи считается выполненным, если использован установленный Страховщиком либо его уполномоченным представителем и принятый Страхователем способ, позволяющий достоверно определить лицо, выразившее волю как Страхователя (законного представителя).

Для приема документов, необходимых для получения страховой выплаты, могут быть использованы в том числе программные компоненты мобильных приложений Страховщика (его уполномоченного представителя) или Сервисной компании.

В случае если это допускается Договором страхования или соглашением между Сторонами, прием документов, необходимых для получения страховой выплаты, может осуществляться Страховщиком по электронной почте. При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, подписанных / заверенных электронной подписью Страхователя (законного представителя) / направленных по электронной почте (если это предусмотрено Договором страхования или соглашением Сторон), или затребовать у Страхователя (законного представителя) оригиналы или заверенные в соответствующих компетентных органах копии документов, предоставленных Страхователем (законным представителем) в виде электронных документов, заверенных Страхователем (законным представителем) / направленных по электронной почте. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов, указанных в настоящих Правилах.

По соглашению сторон Страховщик вправе разрешить Страхователю предоставление документации для получения страховой выплаты в электронном виде в иных случаях, чем это предусмотрено в настоящем пункте. В случае если заявление о страховой выплате и документы по заявленному событию подаются Страхователем (законным представителем) в электронном виде, то Страховщик вправе до осуществления страховой выплаты направить Страхователю (законному представителю) любым доступным образом (СМС-сообщение на телефон, по электронной почте, посредством размещения в личном кабинете Страхователя и т. д.) осуществленный им расчет страховой выплаты.

При этом Страхователь (законный представитель) обязан сообщить о своем согласии или несогласии с размером страховой выплаты, рассчитанной без предоставления оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов, не позднее 2 (двух) рабочих дней с даты предоставления Страховщиком соответствующего расчета. При согласии Страхователя (законного представителя) с расчетом Страховщика срок выплаты страхового возмещения исчисляется с даты получения соответствующего согласия, при несогласии с расчетом суммы страхового возмещения, рассчитанной без предоставления оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов, Страхователь (законный представитель) обязан незамедлительно предоставить Страховщику оригиналы или заверенные в соответствующих компетентных органах копии документов, предоставленных им ранее в виде копий, подписанных/заверенных электронной подписью Страхователя (законного представителя). В последнем случае срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов.

8.9. Застрахованное лицо (законный представитель) обязано сообщить о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления этого события, если иной срок не установлен Договором страхования.

8.10. В случае если возмещение расходов непосредственно Застрахованному лицу предусмотрено Дополнительными условиями, Договором страхования и/или Программой страхования, если Программа страхования предусмотрена Договором страхования, при возмещении таких расходов Страховщик в срок не позднее

³ Под уполномоченным представителем Страховщика в контексте настоящего пункта Правил понимается юридическое лицо, уполномоченное Страховщиком на осуществление действий по приему и передаче Страховщику информации и документации, необходимой для получения страховой выплаты.

30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из необходимых документов, указанных в п. 8.6 настоящих Правил и/или в Дополнительных условиях, обязан принять решение об осуществлении страховой выплаты и произвести страховую выплату или принять решение об отказе в осуществлении страховой выплаты. В случае принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты направить Страхователю мотивированный отказ в страховой выплате в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения об отказе.

Договором страхования может быть предусмотрен иной срок для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и выплаты страхового возмещения.

8.11. Взаимоотношения Страховщика с Медицинской организацией, Сервисной компанией или иным организациями определяются соответствующим договором.

Сервисная компания организует оказание необходимых услуг, предусмотренных Договором страхования, в соответствии с инфраструктурой места временного пребывания Застрахованного лица, режимом работы местных лечебных учреждений / врачей и регламентом работы служб скорой помощи, консульских и иных служб, в том числе занимающихся организацией посмертной репатриации, а также предоставлением и оформлением документов для осуществления посмертной репатриации.

Сервисная компания вправе рекомендовать Застрахованному лицу самостоятельно и за свой счет обратиться за получением необходимой медицинской помощи, в том числе с привлечением местных служб скорой помощи, и (или) организацией иных услуг, предусмотренных Договором страхования, с последующим возмещением понесенных расходов, если событие будет признано Страховщиком страховым случаем и оказание такой помощи предусмотрено настоящими Правилами и Договором страхования.

8.12. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг в оговоренном в Договоре страхования объеме, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица).

8.13. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до окончания действия Договора страхования. При плановой госпитализации оплата услуг производится до конца срока действия Договора страхования, далее – за счет Страхователя (Застрахованного лица), если иное не установлено Договором страхования.

8.14. При установлении в Договоре страхования франшизы часть стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом) при получении (оказании) услуг непосредственно организацией, которая оказывает эти услуги, либо Страховщику в срок до 30 (тридцати) рабочих дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения от Страховщика уведомления об оплате последним оказанных услуг.

8.15. Страховщик не несет ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг.

8.16. Основания для отказа Страховщика от выплаты страхового возмещения:

- 1) произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событию, на случай наступления которого был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования);
- 2) в части покрытия расходов на оказание медицинской или иной помощи, не обоснованных документами, предусмотренными п. 8.6 Правил, подтверждающими наступление страхового случая;
- 3) в части покрытия расходов, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и/или Договором страхования, в т. ч. расходов в связи с оказанием Застрахованному различных видов медицинской помощи, не включенных в Программу;
- 4) событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) Периода страхования, обусловленного Договором страхования;
- 5) событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования (в т. ч. с лицами, указанными в п. 2.4 настоящих Правил и/или в Дополнительных условиях, если иное не установлено Договором страхования);
- 6) за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее права на ее получение;
- 7) сумма страховой выплаты превышает установленный по Договору страхования лимит страхового возмещения, при этом возможен частичный отказ в выплате пропорционально превышению лимита.

8.17. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- 8.17.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- 8.17.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 8.17.3. гражданской войны или забастовок.

9/ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Застрахованное лицо имеет право:

- 9.1.1. на получение медицинской помощи, объем которой определен в Договоре страхования;
- 9.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
- 9.1.3. на получение дубликата Договора страхования (Страхового полиса) в случае его утраты.

9.2. Застрахованное лицо обязано:

- 9.2.1. соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка Медицинской организации;
- 9.2.2. не передавать Договор страхования (Страховой полис, сертификат, пластиковую карточку и т. п.) другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;
- 9.2.3. при утрате Договора страхования (Страхового полиса, сертификата, пластиковой карточки и т. п.) извещать об этом Страховщика;
- 9.2.4. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии, имени и реквизитов документа, удостоверяющего личность;
- 9.2.5. предоставлять Страховщику согласие на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг;
- 9.2.6. соблюдать требования Правил страхования, Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный Медицинской организацией;
- 9.2.7. посещать заранее согласованные со Страховщиком / Сервисной компанией медицинские организации, процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости.

В случае неявки без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные со Страховщиком или Сервисной компанией процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима Застрахованное лицо обязано компенсировать Страховщику его расходы, возникшие в связи с этими событиями. Указанные расходы должны быть компенсированы Застрахованным лицом путем внесения соответствующей суммы денежных средств в кассу Страховщика или перечисления на расчетный счет Страховщика в срок не позднее 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения Застрахованным лицом соответствующего требования Страховщика;

9.2.8. предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования.

Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных лиц в возрасте до 18 (восемнадцати) лет, за исключением прав на получение медицинских услуг, осуществляют от их имени и в их интересах в соответствии с действующим законодательством РФ их законные представители.

9.3. Страхователь имеет право:

- 9.3.1. требовать от Страховщика исполнения условий Договора страхования;
- 9.3.2. ознакомиться с настоящими Правилами, условиями Договора страхования и получить на руки настоящие Правила и Договор страхования;
- 9.3.3. получать любые разъяснения по Правилам страхования и заключенному Договору страхования;
- 9.3.4. отказаться от Договора страхования в любое время путем направления письменного уведомления Страховщику;
- 9.3.5. получить бесплатно дубликат Договора страхования (Страхового полиса) в случае его утраты;
- 9.3.6. получить бесплатно распечатанные на бумажном носителе и заверенные Страховщиком копии электронных документов, включая Договор страхования (Страховой полис) и Правила страхования.

9.4. Страхователь обязан:

- 9.4.1. предоставлять Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования;
- 9.4.2. уплачивать страховую премию в размерах и сроки, определенные Договором страхования;

- 9.4.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования и передать Застрахованным лицам Правила страхования, сертификат (пластиковую карточку);
- 9.4.4. в период действия Договора страхования незамедлительно, в течение 10 (десяти) рабочих дней после того, как стало об этом известно, в письменном виде сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, которые были сообщены при заключении Договора страхования и повлияли на определение степени страхового риска, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в том числе о перемене места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованных лиц и другое (изменение обстоятельств признается существенным, 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 значительно отличающихся условиях);
- 9.4.5. возратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренного действующим законодательством РФ срока исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое в соответствии с действующим законодательством РФ или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного лица права на получение страховой выплаты. Возврат страховой выплаты должен быть осуществлен Страхователем (Застрахованным лицом) в течение 10 (десяти) календарных дней с даты получения требования от Страховщика;
- 9.4.6. получить письменное согласие Застрахованного лица или его законного представителя на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение;
- 9.4.7. предоставить по запросу Страховщика в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения такого запроса письменные согласия Застрахованных лиц, соответствующие требованиям законодательства РФ в области персональных данных, на получение Страховщиком сведений, указанных в п. 9.4.6. Правил.

9.5. Страховщик имеет право:

- 9.5.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;
- 9.5.2. требовать от Страхователя уплаты страховой премии;
- 9.5.3. проверять сообщенную Страхователем информацию;
- 9.5.4. запрашивать у Страхователя и у компетентных органов информацию, необходимую для установления факта страхового случая и определения размера подлежащей страховой выплаты, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступления страхового события, проводить экспертизу обстоятельств и причин наступления страхового события;
- 9.5.5. увеличить срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты (об отказе в страховой выплате) до получения письменных ответов на запросы, направленные Страховщиком в компетентные органы в соответствии с п. 9.5.4 настоящих Правил страхования, а также в случаях:
- наличия сомнений в правомочности Страхователя на получение страхового возмещения – до тех пор, пока не будут предоставлены необходимые доказательства. О факте отсрочки Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения об отсрочке;
 - если соответствующими органами внутренних дел возбуждено уголовное дело против Страхователя или его уполномоченных лиц и ведется расследование обстоятельств, приведших к причинению ущерба, – до окончания расследования. О факте отсрочки Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения об отсрочке;
 - если возникла необходимость в дополнительной проверке предоставленных Страхователем документов (включая направление Страховщиком дополнительных запросов в компетентные органы и другие организации). При этом по требованию Страховщика Страхователь обязан выдать соответствующие доверенности представителям Страховщика. В этом случае Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты или принимает решение о непризнании случая страховым (об отказе в страховой выплате) в течение срока, указанного в п. 8.10 настоящих Правил, считая с даты получения ответов или подтверждающих сведений компетентных органов и других организаций. Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о начале проведения такой проверки, а по окончании такой проверки сообщить Страхователю о ее результатах. Срок каждой дополнительной проверки не может превышать 90 (девяноста) календарных дней;

9.5.6. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством РФ;

9.5.7. самостоятельно определять Сервисную компанию и заменить Сервисную компанию без согласования со Страхователем или самостоятельно выполнять данную функцию.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования при заключении Договора страхования и вручить Правила страхования, Договор страхования, сертификат Страхователю;

9.6.2. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ;

9.6.3. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами страхования;

9.6.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными лицами). Информация о диагнозах Застрахованных лиц, фактах их обращений за медицинской помощью и ее объеме может быть предоставлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных лиц;

9.6.5. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в медицинских и/или иных организациях, предусмотренных Договором страхования, и медицинских и/или иных учреждениях, медицинская помощь и иные услуги в которых были организованы Страховщиком.

В Договор страхования могут быть включены иные права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству РФ.

10/ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращается в случаях:

10.1.1. истечения срока его действия;

10.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;

10.1.3. неуплаты Страхователем страхового взноса / очередного страхового взноса (если Договор страхования предусматривает уплату страховой премии в рассрочку и если Договором страхования не предусмотрено иное) в установленные Договором страхования сроки и установленном размере;

10.1.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;

10.1.5. смерти Застрахованного лица в отношении этого лица;

10.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ;

10.1.7. если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и/или существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами гражданского законодательства с письменным уведомлением Страховщика.

10.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка 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 страховая премия (страховой взнос) пропорционально неистекшему сроку действия Договора страхования.

10.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно в любое время по требованию Страхователя. Досрочное прекращение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя и считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, но не ранее 00 часов 00 минут дня получения заявления Страховщиком. Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня получения заявления Страховщиком, если дата прекращения Договора страхования в заявлении не указана. При этом Страховщик не производит возврат уплаченной страховой премии за неистекший Период страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 10.5 и п. 10.6 настоящих Правил.

10.5. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения до вступления страхования, обусловленного Договором страхования, в силу Страховщик возвращает Страхователю оплаченную страховую премию в полном объеме.

10.6. В случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но после даты начала действия страхования, при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая, 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 Полиса.

10.7. В случаях отказа Страхователя от Договора страхования в соответствии с п. 10.5 или п. 10.6 настоящих Правил Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 14 (четырнадцатого) календарного дня с даты его заключения. При этом возврат Страхователю страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными денежными средствами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

10.8. В случае отказа Страхователя от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации досрочное прекращение Договора страхования производится на основании письменного заявления об отказе Страхователя от Договора страхования. Договор страхования считается прекращенным с даты получения Страховщиком письменного заявления от Страхователя.

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.

Возврат Страхователю страховой премии (части страховой премии) по причине непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации осуществляется в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

В случае если Страхователь отказывается от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, по которому было заявлено о наступлении события с признаками страхового случая (о выплате страхового возмещения), в отношении Застрахованного (Застрахованных) лиц или получено страховое возмещение, в том числе в случае когда страховые выплаты производятся путем оплаты Страховщиком стоимости медицинской помощи непосредственно на счет Медицинской организации, Сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу (п. 8.3 Правил), то возврат страховой премии (части страховой премии) не производится.

10.9. Во всех случаях прекращения действия Договора страхования Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику Страховые полисы (страховые пластиковые карточки), действие которых прекращается с момента прекращения действия Договора страхования.

11/ ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

11.1. При разрешении спорных вопросов положения конкретного Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил.

11.2. Споры и разногласия в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования разрешаются Страхователем и Страховщиком путем переговоров. Положения данного пункта и иные положения данного раздела не обязывают лиц, являющихся потребителями согласно Закону РФ №2030-1 от 07.02.1992 «О защите прав потребителей», к обязательному досудебному претензионному порядку разрешения споров со Страховщиком, прямо не предусмотренному российским законодательством.

11.3. В случае возникновения споров о причинах и размере ущерба каждая из Сторон имеет право потребовать проведения экспертизы (дополнительной экспертизы). Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения.

11.4. При недостижении соглашения по спорным вопросам:

11.4.1. между Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем и Страховщиком:

11.4.1.1. Стороны в настоящем Договоре определили обязательность досудебного урегулирования возникших разногласий по Договору путем направления претензии;

11.4.1.2. Сторона, получившая претензию другой Стороны, обязана ответить на нее в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты ее получения;

11.4.1.3. в случае невозможности урегулировать возникшие разногласия в претензионном порядке Стороны передают их на рассмотрение в Арбитражный суд г. Москвы;

11.4.1.4. по всем вопросам, не урегулированным Правилами и Договором страхования, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ;

11.4.2. споры по договору страхования между Страхователем (Застрахованным лицом) – физическим лицом и Страховщиком разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №1 (далее – Условия страхования)

1. Страхование по риску «Укус клеща».

Страховым случаем является:

Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию по направлению круглосуточного диспетчерского пульта Страховщика или Сервисной компании, с которой у Страховщика имеются договорные отношения, для организации оказания ему предусмотренной Программой медицинской помощи, за исключением случаев, указанных в п. 3 и п. 4 настоящих Условий страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного лица, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их в результате укуса (присасывания) клеща. Событие является страховым при условии, что укус (присасывание) клеща и связанное с этим обращение Застрахованного лица за организацией медицинской помощи произошли в течение срока действия страхования, установленного в Договоре страхования, с учетом ограничений, исключений из страхования, установленных в Правилах страхования и Программе страхования.

2. Страховая выплата в натуральной форме производится путем организации:

2.1. Амбулаторно-поликлинической помощи:

- 2.1.1. Удаление присосавшегося клеща.
- 2.1.2. Лабораторное исследование клеща на вирулентность.
- 2.1.3. Серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезни Лайма), гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека.
- 2.1.4. Введение иммуноглобулина высокого титра при наличии медицинских показаний.

2.2. Стационарной помощи:

- 2.2.1. Помощь, указанная в п. 2.1 настоящих Дополнительных условий страхования №1.
- 2.2.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (при неотложной и экстренной госпитализации в соответствии с действующими стандартами):
 - клещевым энцефалитом;
 - клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), гранулоцитарным анаплазмозом человека, моноцитарным эрлихиозом человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Договором страхования.
- 2.2.3. Лечение заболевания (проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами квалифицированными специалистами):
 - клещевым энцефалитом;
 - клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), гранулоцитарным анаплазмозом человека, моноцитарным эрлихиозом человека, проводимое в случае, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Договором страхования.
- 2.2.4. Обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, анестетиками, одноразовым инструментарием и системами для трансфузий для лечения:
 - клещевого энцефалита;
 - клещевого боррелиоза (болезни Лайма), гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Договором страхования.
- 2.2.5. Физиотерапевтическое лечение (по показаниям, проводимое при стационарном лечении):
 - клещевого энцефалита;
 - клещевого боррелиоза (болезни Лайма), гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Договором страхования.
- 2.2.6. Реанимационные мероприятия при заболевании:
 - клещевым энцефалитом;

– клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), гранулоцитарным анаплазмозом человека, моноцитарным эрлихиозом человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Договором страхования.

2.3. Скорой медицинской помощи:

2.3.1. Выезд бригады скорой неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям при заболеваниях:

– клещевым энцефалитом;

– клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), гранулоцитарным анаплазмозом человека, моноцитарным эрлихиозом человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Договором страхования.

2.3.2. Оказание медицинской помощи (лечебных и диагностических мероприятий, купирование неотложного состояния) бригадой скорой и неотложной помощи при заболеваниях:

– клещевым энцефалитом;

– клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), гранулоцитарным анаплазмозом человека, моноцитарным эрлихиозом человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Договором страхования.

3. События, не являющиеся страховым случаем (исключения из страхования), если иное не установлено Договором страхования:

3.1. Обращение Застрахованного лица по поводу лечения болезней, не предусмотренных Полисом, а также хронических форм клещевого энцефалита и иных инфекционных заболеваний и/или осложнений, последствий, находящихся в прямой причинной связи с такой болезнью, в том числе возникших до начала действия Договора страхования.

4. В соответствии с настоящими Условиями страхования не подлежит возмещению, если иное не установлено Договором страхования:

4.1. Организация и оказание медицинской помощи, не предусмотренной Договором страхования.

4.2. Организация и оказание медицинской помощи, не предписанной лечащим врачом.

4.3. Расходы на медицинскую помощь, предусмотренную Договором страхования, понесенные Застрахованным лицом (Законным представителем) самостоятельно, в случае если обращение в Медицинскую организацию не было согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком.

4.4. Стоимость антибактериальных препаратов, применяемых в амбулаторных условиях.

4.5. Расходы, связанные с профилактикой заболеваний, передающихся клещом, в части вакцинации и ревакцинации, проводимой до наступления эпидсезона, согласно существующим схемам.

4.6. Любые медицинские и иные услуги, не связанные с укусом (присасыванием) клеща и не предусмотренные Программой страхования.

4.7. Услуги, назначенные Застрахованному лицу без медицинских показаний или получаемые по желанию Застрахованного лица.

4.8. Лекарственные средства (иммуноглобулин или иное аналогичное лекарственное средство), приобретенное Застрахованным лицом вне оплаченного Периода страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5. Порядок предоставления медицинских услуг и выплаты страхового возмещения:

5.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованным лицам в соответствии с п. 8 Правил страхования при обращении Застрахованного лица по круглосуточному телефонному номеру, указанному в Договоре страхования. Страховщик или Сервисная компания вправе согласовать самостоятельное обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию в связи с укусом клеща. В случае если обращение в медицинскую организацию было согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком, возмещению также подлежат и понесенные Застрахованным лицом расходы по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком в рамках согласованного обращения. Любые расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно, в случае если обращение в медицинскую организацию не было согласовано с Сервисной компанией или Страховщиком, Страховщик не компенсирует.

5.2. Для принятия решения о страховом возмещении и производстве страховой выплаты по причине затрат Застрахованным лицом личных денежных средств Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику документы согласно п. 8.6 Правил страхования.

6. Все, что не урегулировано настоящими Условиями страхования, регулируется Правилами страхования и Договором страхования. В случаях если положения настоящих Условий страхования противоречат положениям Правил страхования, преимущественную силу имеют положения настоящих Условий страхования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №2 (далее – Условия страхования)

1. Страхование по риску «Фармацевтическая помощь».

1.1. Страховым случаем является возникновение у Застрахованного лица расходов, связанных с оплатой лекарственных препаратов в период действия Договора страхования, назначенных врачом вследствие расстройства его здоровья.

Не являются страховыми случаями расходы Застрахованного лица:

- на лекарственные препараты, назначенные в связи с заболеваниями и состояниями, возникшими вне периода действия Договора страхования (до начала страхования или после завершения страхования);
- на лекарственные препараты, назначенные в связи с заболеваниями и их осложнениями, диагностированными у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования;
- на лекарственные препараты, назначенные лицу, отличному от Застрахованного лица;
- на лекарственные препараты, применяемые для лечения последствий приема алкоголя и (или) наркотических веществ, а также заболеваний, ассоциированных с вирусом иммунодефицита человека;
- на лекарственные препараты, применяемые для лечения вирусных гепатитов;
- на лекарственные препараты, купленные в количествах/дозировках, превышающих назначенные врачом;
- на лекарственные препараты, покупка которых не подтверждена документами об оплате;
- на лекарственные препараты, назначенные по поводу заболеваний, состояний, не указанных в медицинских документах;
- на лекарственные препараты, купленные не на территории Российской Федерации;
- на лекарственные препараты, не прошедшие государственную регистрацию в соответствии с законодательством РФ и не внесенные в государственный реестр лекарственных средств;
- на биологически активные добавки⁴;
- на лекарственные препараты, стоимость которых превышает установленную Договором страхования стоимость лекарственного препарата;
- на группу лекарственных препаратов в рамках одного действующего вещества, стоимость которых превышает установленную Договором страхования.

1.2. Застрахованные лица.

- 1.2.1. Не принимаются на страхование и не являются Застрахованными лицами следующие категории лиц:
- лица, на момент заключения Договора страхования больные злокачественными новообразованиями (злокачественные опухоли, включая болезнь Ходжкина), доброкачественными новообразованиями головного мозга и других отделов центральной нервной системы;
 - лица, имеющие психические заболевания и/или расстройства;
 - лица, состоящие на учете (наблюдении) в наркологических и/или психоневрологических диспансерах;
 - лица, страдающие эпилепсией;
 - лица, по состоянию своего здоровья нуждающиеся в постоянной посторонней помощи (надзоре) и уходе;
 - лица, которым на момент заключения Договора страхования диагностированы СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) или ВИЧ (вирус иммунодефицита человека);
 - лица, имеющие на момент заключения Договора страхования положительные анализы на онкомаркеры;
 - возраст которых не соответствует значениям, указанным в Договоре страхования.

1.2.2. В отношении лиц, не соответствующих установленным Договором страхования возрастным и иным ограничениям, Страховщик вправе предложить заключение Договора страхования на индивидуальных условиях с учетом повышенной степени риска, вызванной обстоятельствами, указанными в п. 1.2.1 настоящих Условий страхования.

1.2.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо подпадает под одну из категорий, перечисленных в п. 1.2.1 настоящих Условий страхования, о чем Страхователь

⁴ **Биологически активные добавки (БАД)** – природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов.

не уведомил Страховщика, то данное лицо ни при каких условиях не признается Застрахованным лицом. Договор страхования, заключенный только в отношении такого лица, будет считаться незаключенным, обязательства Сторон по нему – невозникшими. Обязательства Сторон по Договору страхования, заключенному в отношении нескольких лиц, одно или несколько из которых подпадают под категорию, указанную в п. 1.2.1 настоящих Правил, прекращаются в отношении таких лиц с момента заключения Договора страхования. Страховые выплаты в отношении таких лиц не производятся.

2. Страховая выплата производится в денежной форме в пределах лимитов страхового возмещения, установленных в Договоре страхования.

3. Для принятия решения о страховой выплате и производстве страховой выплаты Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику документы согласно п.п. 8.6.1–8.6.8, п.п. 8.6.15–8.6.18 Правил страхования.

4. Все, что не урегулировано настоящими Условиями страхования, регулируется Правилами страхования и Договором страхования. В случаях если положения настоящих Условий страхования противоречат положениям Правил страхования, преимущественную силу имеют положения настоящих Условий страхования.