

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО ГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ»



УТВЕРЖДАЮ
Председатель Правления
АО «СОГАЗ»

А.А. Устинов

22 июля 2019 г.

Правила добровольного медицинского страхования граждан

02 декабря 1993 г.

с изменениями и дополнениями, утвержденными
20.12.1999, 14.01.2003, 12.02.2004, Приказами от 26.12.2007 № 470,
от 24.08.2009 № 318, от 22.07.2019 № 464

1. Общие положения. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые случаи
4. Страховая сумма и страховая премия
5. Франшиза
6. Договор страхования: заключение и оформление
7. Вступление в силу и срок действия договора страхования
8. Порядок прекращения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Страховые выплаты
11. Разрешение споров

1. Общие положения. Субъекты страхования

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности», именуемое в дальнейшем «Страховщик», заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем «Страхователи», договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. Страхователи – юридические лица заключают договоры страхования в пользу указанных в договоре страхования физических лиц (в дальнейшем Застрахованные лица).

Страхователи – физические лица вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу других физических лиц (в дальнейшем Застрахованные лица). В отношении Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в свою пользу, действуют все положения настоящих Правил, касающиеся Застрахованных лиц.

Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лица, далее именуется коллективным договором страхования.

1.3. По Договору страхования Страховщик берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования.

В целях исполнения своих обязательств по договору страхования Страховщик заключает договоры с медицинскими и иными организациями, обеспечивающими организацию и/или оказание Застрахованным лицам медицинских и иных услуг.

1.4. По настоящим Правилам под медицинскими и иными организациями понимаются:

- имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинские и иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;
- учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предо-

ставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения;

- специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

1.5. По соглашению сторон медицинские и иные услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств.

2. Объект страхования

2.1. Объектом медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в договоре страхования.

2.1.1. Под медицинской помощью по настоящим Правилам понимается первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Медицинская помощь по настоящим Правилам может оказываться, в том числе, с помощью телемедицинских технологий, если это предусмотрено Программой добровольного медицинского страхования. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации

в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

Под телемедицинскими технологиями по настоящим Правилам понимаются информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

2.1.2. Под лекарственной помощью по настоящим Правилам понимается обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами и/или изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу и назначенными врачом медицинской организации, в рамках Программы добровольного медицинского страхования.

2.1.3. Под иными услугами по настоящим Правилам понимаются:

а) услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе, по организации проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья,

б) сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации,

в) сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи;

г) совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;

д) услуги по доставке медикаментов,

е) услуги сиделки,

ж) оформление и выдача медицинской документации,

з) создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг,

и) не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застра-

хованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица,

к) переводческие услуги в период получения медицинских услуг,

л) услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица,

м) информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи,

н) обеспечение Застрахованного лица медицинскими изделиями – инструментами, аппаратами, приборами, оборудованием, материалами и прочими изделиями, применяемыми в медицинских целях в соответствии с законодательством.

3. Страховые случаи

3.1. Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. По настоящим Правилам страховым случаем является предусмотренное договором страхования совершившееся событие из числа указанных в п.п. 3.2.1, 3.2.2 настоящих Правил:

3.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования в медицинскую или иную организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных Страховщиком для организации и оказания ему медицинских услуг (медицинской и лекарственной помощи), предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, а также для проведения профилактических мероприятий, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их;

3.2.2. возникновение в течение срока действия страхования необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.3. Датой наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.2 настоящих Правил, признается:

– дата обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию –

при обращении за организацией и/или оказанием медицинской помощи;

- дата обращения Застрахованного лица в учреждение, осуществляющее фармацевтическую деятельность, за получением лекарственной помощи, назначенной врачом медицинской организации в течение срока действия договора страхования;
- дата обращения Застрахованного лица в учреждение, реализующее изделия медицинского назначения, за получением изделий медицинского назначения, выписанных врачом медицинской организации в течение срока действия договора страхования;
- дата обращения Застрахованного лица или иного лица в интересах Застрахованного лица, в медицинскую или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания иных услуг в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует и оплачивает предоставление медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, оказанных Застрахованному лицу в период:

3.4.1. до окончания срока действия страхования – если осуществлялось обращение в медицинскую или иную организацию за получением медицинских или иных услуг, за исключением услуг, указанных в п. 3.4.2, 3.4.3 настоящих Правил;

3.4.2. до момента выписки из стационара – если осуществлялось обращение за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара. В случае, если договором страхования предусматривалось оказание услуг, указанных в п. 2.1.3 «а» настоящих Правил, также осуществляется оплата услуги по транспортировке Застрахованного лица из стационара в течение 3 дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования или письменно не согласован со Страховщиком) после выписки из стационара;

3.4.3. до момента доставки тела до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, где произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного

места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является, – в случае смерти Застрахованного лица при условии включения в договор страхования организации и оплаты оказания услуги, указанной в подпункте «л» п. 2.1.3 настоящих Правил.

3.5. Положения п. 3.4.2 настоящих Правил применяются также в случае, если обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара произошло в течение срока действия страхования (то есть, дата госпитализации должна быть ранее даты окончания срока действия страхования), но на дату окончания срока действия страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания ему медицинских и иных услуг в условиях стационара.

При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в договоре страхования.

3.6. Объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, а также объем медицинских и иных услуг, обращение за которыми и возникновение необходимости организации и оказания которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком, указывается в договоре страхования и в Программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

Программы добровольного медицинского страхования, прилагаемые к договорам страхования, предусматривают конкретный перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

В Программу добровольного медицинского страхования, прилагаемую к договору страхования, могут быть включены все или отдельные из медицинских и иных услуг, предусмотренных в Приложениях № 1-15 к настоящему Правилам.

Из Программы добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования и составленной на основании Приложений № 1-15 к настоящему Правилам, могут быть исключены все или отдельные медицинские и иные услуги из числа указанных в Приложениях № 16-26 к настоящему Правилам, а также все или отдельные заболевания

/ состояния из числа указанных в Приложении № 27 к настоящим Правилам.

3.7. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать Программы добровольного медицинского страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие Программы добровольного медицинского страхования излагаются в договоре страхования (страховом полисе) либо прилагаются к договору страхования (страховому полису) и являются его неотъемлемой частью.

3.8. Страховщик вправе присваивать Программам добровольного медицинского страхования, составленным в соответствии с настоящими Правилами и имеющим однотипные условия, определенные маркетинговые наименования.

3.9. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица с целью получения медицинских и иных услуг, а также возникновение необходимости организации и оказания иных услуг:

3.9.1. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических, психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.9.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

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

3.9.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.9.5. в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой, чумой, холерой, вирусными геморрагическими лихорадками, полиомиелитом, ОРС) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина.

Указанные в пп. 3.9.1, 3.9.2, 3.9.3, 3.9.4, 3.9.5 настоящих Правил обстоятельства должны быть подтверждены решением суда, до-

кументами из правоохранительных органов, иными документами из компетентных органов и организаций (медицинских, экспертных).

3.10. Не являются страховыми случаями обращения за медицинскими и иными услугами, возникновение необходимости организации и оказания иных услуг:

3.10.1. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования;

3.10.2. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных договором страхования, без согласования со Страховщиком;

3.10.3. если медицинские или иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся застрахованным;

3.10.4. в связи с ВИЧ-инфекцией, СПИД (в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»);

3.10.5. в связи с туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса (в соответствии с Федеральным законом от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»).

3.11. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

3.11.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

3.12. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений из числа указанных в п. 3.9 настоящих Правил, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях из числа указанных в п. 3.11. настоящих Правил.

3.13. Договором страхования может быть предусмотрено условие, что не являются страховыми случаи обращения Застрахованного лица за медицинской и иной помощью, произошедшие в течение определенного в договоре страхования периода с даты начала действия страхования в силу («временная франшиза»), в соответствии п. 5.3 настоящих Правил.

4. Страховая сумма и страховая премия

4.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, на основании которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

Страховой суммой является предельная сумма оплаты медицинских и иных услуг (страховых выплат) при наступлении страховых случаев в соответствии с условиями договора страхования.

4.2. Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя, исходя из предполагаемого перечня и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

4.2.1. В договоре страхования страховые суммы по Программам добровольного медицинского страхования могут быть установлены следующим образом:

а) единая (общая) страховая сумма по всем Программам добровольного медицинского страхования, предусмотренным договором страхования для конкретного Застрахованного лица. В этом случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных всеми Программами добровольного медицинского страхования по всем страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом, не может превышать установленной единой (общей) страховой суммы;

б) отдельные страховые суммы по каждой Программе добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования для конкретного Застрахованного лица. В этом случае сумма оплаты медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу в соответствии с конкретной Программой добровольного медицинского страхования, не может превы-

шать страховую сумму по данной Программе добровольного медицинского страхования;

в) единая (общая) страховая сумма по части Программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных договором страхования для конкретного Застрахованного лица, и отдельные страховые суммы по остальным Программам добровольного медицинского страхования, предусмотренным договором страхования для данного Застрахованного лица. В этом случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу, не может превышать:

- единой (общей) страховой суммы в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны по Программам добровольного медицинского страхования, для которых установлена единая (общая) страховая сумма;
- отдельной страховой суммы по соответствующей Программе добровольного медицинского страхования в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны в рамках данной Программы добровольного медицинского страхования.

4.3. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – ограничения по размеру страховых выплат по отдельным видам медицинских и иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям медицинских услуг – процедур, койко-дней и т.п.).

4.4. Страховые суммы указываются:

4.4.1. в российских рублях;

4.4.2. в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – «страхование в эквиваленте»).

4.5. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования.

4.6. Страховой тариф является ставкой страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе, франшизы. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

4.7. Страховая премия определяется в соответствии со страховыми тарифами, определенными на основании базовых тарифных ставок, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие условия страхования.

4.8. Страховая премия уплачивается Страховщику в порядке (единовременно или в рассрочку) и в сроки, предусмотренные договором страхования, наличными денежными средствами или безналичным перечислением. Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

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

Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

4.8.1. Датой уплаты страховой премии (взноса) Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем считается дата, указанная в документе, подтверждающем получение Страховщиком или его представителем страховой премии (взноса) (при уплате наличными денежными средствами), или дата поступления страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика или его представителя (при уплате путем безналичного расчета).

По соглашению сторон в договоре страхования может быть указан иной порядок определения даты уплаты страховой премии (взноса) при ее безналичном перечислении.

4.8.2. Датой уплаты страховой премии (взноса) Страхователем – физическим лицом считается:

- при уплате наличными денежными средствами – дата внесения наличных денежных средств Страховщику либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;
- при уплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета – дата внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законо-

дательством Российской Федерации о национальной платежной системе;

- при уплате путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов – дата подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией. При уплате страховой премии по договору страхования, заключаемому в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика, обслуживающей Страхователя кредитной организацией считается организация, осуществляющая оказание услуг интернет-эквайринга.

4.9. При «страховании в эквиваленте» страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

4.10. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

В случае неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в сроки, предусмотренные договором, Страховщик имеет право уменьшить объем страховой ответственности (страховую сумму, перечень оказываемых услуг) по согласованию со Страхователем в соответствии с уплаченной частью страховой премии или применит последствия, указанные в п. 8.3 настоящих Правил, если договором не предусмотрено иное.

4.11. При уплате страховой премии наличными денежными средствами Страховщик обязан выдать Страхователю квитанцию установленной формы.

4.12. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

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

5. Франшиза

5.1. По соглашению Страховщика и Страхователя договором страхования может быть

предусмотрена франшиза. Франшиза может устанавливаться:

- а) в определенном проценте от страховой суммы;
- б) в определенном проценте от страховой выплаты;
- в) в абсолютном выражении;
- г) путем установления в договоре определенного временного периода («временная франшиза»).

5.2. В договоре страхования может быть установлена безусловная франшиза: размер франшизы вычитается из стоимости оказанных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям договора страхования. Оказанные Застрахованному лицу услуги, стоимость которых не превышает сумму безусловной франшизы, оплате Страховщиком не подлежат.

Безусловная франшиза может быть установлена способами, указанными в п.п. «а»-«в» п. 5.1 настоящих Правил.

5.2.1. Договором страхования может быть предусмотрено, что при установлении безусловной франшизы по договору страхования Страховщик оплачивает медицинские и иные услуги согласно счетам медицинского или иного учреждения в полном объеме с последующим возмещением Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику той части оплаты медицинских и иных услуг, которая соответствует безусловной франшизе по договору страхования.

5.2.2. Договором страхования может быть предусмотрено условие о том, что в случае достижения стоимости услуг, не подлежащих оплате Страховщиком согласно установленной безусловной франшизе, определенного значения по совокупности нескольких страховых случаев, безусловная франшиза перестает применяться, после чего стоимость последующих медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, оплачивается Страховщиком в полном объеме в соответствии с условиями договора страхования.

5.3. При установлении в договоре страхования «временной франшизы» не подлежат оплате Страховщиком медицинские и иные услуги, обращение Застрахованного лица за оказанием которых произошло в течение определенного в договоре страхования периода.

6. Договор страхования: заключение и оформление

6.1. Договор страхования является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг определенного объема и качества, либо, если это предусмотрено договором страхования, возместить Застрахованным лицам затраты на получение медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования, а Страхователь обязуется своевременно уплатить страховую премию в установленном договором страхования размере.

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя, а также документов и сведений, необходимых в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования.

Заявление, сделанное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений.

6.2.1. Страхователь при заключении договора страхования по требованию Страховщика также предоставляет следующие документы и сведения:

- учредительные документы Страхователя, документы о государственной регистрации в качестве юридического лица, индивидуального предпринимателя, документы о постановке на учет в налоговом органе;
- документы, удостоверяющие личность Страхователя, его представителя. Если для заключения договора страхования обращается представитель Страхователя, то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание письменного заявления, договора страхования;
- сведения о количестве Застрахованных лиц, их ФИО, адрес, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан);

- данные о Застрахованных лицах, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень в соответствии с п. 4.7 Правил;
- предложения по перечню медицинских и иных услуг;
- предложения по перечню медицинских и иных организаций;
- сведения о размере страховой суммы на каждое Застрахованное лицо;
- срок, на который заключается договор страхования;
- согласия на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия).
- сведения и документы, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования.

При проведении идентификации Страхователя (Застрахованного лица), представителя Страхователя (Застрахованного лица), бенефициарного владельца, обновлении информации о них Страховщик вправе требовать представления Страхователем (Застрахованным лицом), представителем Страхователя (Застрахованного лица) и получать от Страхователя (Застрахованного лица), представителя Страхователя (Застрахованного лица) документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и принимаемыми на его основе нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными актами Банка России.

6.2.2. До заключения договора страхования Страховщик вправе произвести обследование (медицинское освидетельствование) страхуемых лиц для оценки состояния их здоровья или потребовать заполнения Страхователем анкеты о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, для определения степени риска.

6.3. Страховщик рассматривает заявление и иные представленные Страхователем материалы, проводит оценку страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен договор страхования.

6.4. Договор страхования заключается в письменной форме («договор страхования», «страховой полис») в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

6.5. Договор страхования со Страхователем – физическим лицом может быть заключен в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

6.5.1. Договор страхования в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика может заключаться без медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица.

6.5.2. При заключении договора страхования в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика, в том числе, на специальных страницах официального сайта Страховщика, созданных для целей направления страховщику информации в электронной форме, заключения договоров в виде электронного документа, сообщение Страхователем – физическим лицом сведений, необходимых для заключения договора страхования, осуществляется путем заполнения полей формы на официальном сайте или на специальных страницах официального сайта Страховщика. Документы, необходимые для заключения договора страхования (п. 6.2.1 настоящих Правил), представляются Страхователем путем размещения электронных документов или электронных копий указанных документов на официальном сайте Страховщика или на специальных страницах официального сайта Страховщика, созданных для целей направления страховщику информации в электронной форме, направления электронных документов или электронных копий документов, в том числе в личном кабинете Страхователя (при заключении договора страхования в форме электронного документа с использованием личного кабинета Страхователя).

Сведения о лицах, указываемых в договоре страхования (Страхователе, Застрахованном лице), предоставляются путем заполнения

полей соответствующих форм, размещенных на официальном сайте Страховщика.

Согласие Страхователя – физического лица на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) (п. 6.2.1 настоящих Правил), оформляются на официальном сайте Страховщика путем заполнения полей соответствующих форм, размещенных на официальном сайте Страховщика.

6.5.3. При заключении договора страхования в форме электронного документа Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования, условиях страхования к нему и/или настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

6.5.4. Договором страхования может быть предусмотрено размещение электронного образа индивидуального страхового полиса в личном кабинете Застрахованного лица на официальном сайте Страховщика.

6.6. Список Застрахованных лиц с указанием сведений, необходимых для их идентификации в соответствии с требованием действующего законодательства Российской Федерации, Программа добровольного медицинского страхования, перечень медицинских и/или иных организаций, в которые может обратиться Застрахованное лицо при наступлении страхового случая, прикладываются к договору страхования (полису) или излагаются в одном документе с ним, либо на его оборотной стороне.

6.6. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц).

6.7. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре

страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

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

В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

6.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса) и/или условия страхования к нему, обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) и/или условиях страхования к нему прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) и/или условиях страхования или на его (их) оборотной стороне либо приложены к нему (ним), либо договор страхования и/или условия страхования содержат ссылку на адрес размещения таких условий на сайте страховщика в сети «Интернет». Вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе).

6.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между условиями договора страхования и настоящими

Правилами преимущественную силу имеют положения договора страхования.

6.10. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

6.11. После заключения договора страхования Страховщик по требованию Страхователя выдает для Застрахованного лица именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования в пользу Застрахованного лица – индивидуальный страховой полис и/или пропуск в медицинскую и иную организацию.

6.12. При утрате договора страхования, страхового полиса, индивидуального страхового полиса, пропуска в медицинскую или иную организацию Страхователь (Застрахованное лицо) должен незамедлительно известить об этом Страховщика.

6.13. Договор страхования признаётся действительным в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7. Вступление в силу и срок действия договора страхования

7.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

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

а) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (или ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку) – при заключении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

б) с момента уплаты страховой премии (или ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку) – при заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

7.2.1. Если договор страхования вступает в силу не ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку:

а) страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рас-

срочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то договор страхования в силу не вступает;

б) очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) не был уплачен или был уплачен не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 8.3 настоящих Правил.

7.2.2. Если договор страхования вступает в силу ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 8.3 настоящих Правил.

7.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа местного времени дня, который указан в договоре страхования как дата его окончания, если договором страхования не предусмотрено иное. Местное время определяется по месту заключения договора страхования.

8. Порядок прекращения договора страхования

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока его действия;

8.1.2. ликвидации Страховщика – в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

8.1.3. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении умершего Застрахованного лица, за исключением случаев, когда договором страхования или программой добровольного медицинского страхования предусмотрена услуга по репатриации тела Застрахованного лица в случае его смерти. В этом случае страхование в отношении умершего Застрахованного лица прекращается с момента доставки тела до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного

проживания, если Застрахованное лицо не являлось гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он являлся.

При прекращении договора страхования в соответствии с п. 8.1.3 настоящих Правил в целом или прекращении страхования в отношении какого-либо Застрахованного лица, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия договора страхования.

8.1.4. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении Застрахованного лица, по которому общий объем оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, достиг страховой суммы;

8.1.5 по соглашению сторон. Страхование может быть прекращено, в том числе, в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования. При досрочном прекращении договора страхования по соглашению сторон порядок взаиморасчетов определяется соглашением сторон;

8.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации или договором страхования. При досрочном прекращении договора страхования в данном случае порядок взаиморасчетов определяется действующим законодательством.

8.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 8.1.3 настоящих Правил.

8.2.1. При отказе Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом договор страхования расторгается с даты, указанной в этом заявлении как дата расторжения договора страхования, но не

ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

8.2.2. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (если иной срок не установлен Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» (далее – Указание № 3854-У) в редакции, действующей на дату заключения договора страхования) уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом договор страхования расторгается с даты, указанной в этом заявлении как дата расторжения договора страхования, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

8.2.3. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (если иной срок не установлен Указанием № 3854-У в редакции, действующей на дату заключения договора страхования), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию или ее часть в следующем порядке:

а) если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала действия страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

б) если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

В случае, указанном в п. 8.2.3 настоящих Правил, договор страхования считается

прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или с иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в абзаце 1 п. 8.2.3 настоящих Правил. Указанное заявление составляется Страхователем в произвольной форме.

Возврат Страхователю страховой премии или ее части в соответствии с п. 8.2.3 настоящих Правил осуществляется способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от договора страхования, в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.3. В случае неуплаты или уплаты не в полном объеме страховой премии (или страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) по вступившему в силу договору страхования:

8.3.1. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку), если договором страхования предусматривается его вступление в силу ранее срока уплаты страховой премии или первого взноса при уплате страховой премии в рассрочку, не была уплачена, наступают последствия, указанные в п. 8.3.1 «а» настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, предусмотренные в п. 8.3.1 «б» настоящих Правил:

а) Договор страхования прекращается путем направления Страховщиком не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования письменного уведомления в адрес Страхователя нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, договор прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в уведомлении как дата прекращения договора страхования. Если дата прекращения не указана в уведомлении, то договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут тридцать первого календарного дня после даты отправления

уведомления, если иное не предусмотрено договором или уведомлением.

Датой отправления уведомления является дата отправления уведомления, указанная на почтовом штемпеле или в документе, подтверждающем передачу почтового отправления почтовой службе, или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

При этом досрочное прекращение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его досрочного прекращения.

б) Страховщик вправе предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

8.3.2. Если к установленному договором страхования сроку не был уплачен очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку), наступают последствия, указанные в п. 8.3.3 «а» настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, указанные в п.п. 8.3.3 «б»-«в» настоящих Правил;

8.3.3. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) была уплачена не в полном объеме, наступают последствия, указанные в п. 8.3.3 «а» настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, предусмотренные в п.п. 8.3.3 «б» – «г» настоящих Правил:

а) Договор страхования прекращается путем направления Страховщиком не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования письменного уведомления в адрес Страхователя нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в

уведомлении, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в уведомлении как дата прекращения договора страхования. Если дата прекращения договора страхования не указана в уведомлении, то договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии, но не ранее 00 часов 00 минут тридцать первого календарного дня после даты направления уведомления, если иное не предусмотрено договором страхования или уведомлением.

Договором страхования может быть предусмотрен иной способ расчета оплаченного периода действия договора страхования.

При этом досрочное прекращение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его досрочного прекращения.

б) Страховщик вправе предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

в) Страховщик вправе предложить Страхователю заключить соглашение об изменении срока уплаты страховой премии (страхового взноса) по договору страхования.

г) Страховщик вправе в письменной форме согласовать со Страхователем изменение (сокращение) срока действия договора страхования в соответствии с уплаченной частью страховой премии.

8.3.4. В случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса) до прекращения (расторжения) договора страхования в соответствии с пп. «а» – «б» п. 8.3.1 / п.8.3.3 настоящих Правил договор страхования продолжает действовать.

8.3.5. При наступлении страхового случая до прекращения договора страхования Страховщик продолжает нести ответственность по договору страхования, и обязан произвести

страховую выплату за вычетом суммы просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса).

8.4. Для получения части страховой премии при досрочном прекращении договора страхования Страхователь (его представитель) представляет Страховщику следующие документы:

- договор страхования (страховой полис) – по требованию Страховщика;
- заявление Страхователя о досрочном прекращении договора страхования, составленное в произвольной форме;
- документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица;
- документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, и надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю.

8.5. Обязательства сторон в случае прекращения договора страхования по соглашению сторон считаются прекращёнными с момента заключения соглашения сторон о прекращении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения.

8.6. В случае прекращения договора страхования в отношении всех или отдельных Застрахованных лиц Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору в отношении всех или отдельных Застрахованных лиц соответственно.

8.7. Страховщик вправе потребовать признания заключенного договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст. 179 ГК РФ, если после заключения договора будет установлено, что Страхователь при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имевших существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (полисе), в Заявлении на страхование или письменном запросе Страховщика в соответствии с п. 6.2 настоящих Правил.

8.8. Во всех случаях прекращения договора страхования или прекращения страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц

Страхователь по требованию Страховщика обязан вернуть Страховщику индивидуальные страховые полисы, пропуска в медицинские или иные организации, выданные Застрахованным лицам, в отношении которых прекращено страхование.

8.9. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определённые этим договором, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом обязанностей по договору страхования, права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо или лицо, несущее в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица, отказалось от перехода к нему прав и обязанностей Страхователя, договор страхования прекращается.

Если страховая премия по договору страхования уплачена Страхователем полностью, договор страхования действует до даты его окончания, согласие Застрахованного лица на переход к нему прав и обязанностей Страхователя не требуется.

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, предусмотренных договором страхования, медицинских и иных услуг, определенных Программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая;

9.1.2. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с предложением изменить объем медицинских и иных услуг, предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования, перечень медицинских и иных организаций, размер страховой суммы, срок действия договора страхования. Все изменения, а также порядок взаиморасчетов сторон при

изменении условий страхования вносятся в договор страхования в письменной форме;

9.1.3. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением досрочно прекратить договор страхования, в том числе в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования;

9.1.4. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением дополнительно включить в коллективный договор страхования новых Застрахованных лиц;

9.1.5. производить замену Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. Замена Застрахованного лица производится с согласия этого лица и Страховщика.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. уплачивать страховую премию в сроки и размере, предусмотренные договором страхования;

9.2.2. обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении договора страхования, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительно включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в Список Застрахованных лиц. По требованию Страховщика предоставить анкету о состоянии здоровья Застрахованного лица и/или результаты медицинского освидетельствования при принятии его на страхование;

9.2.3. при заключении договора страхования предоставлять Страховщику необходимые документы и сведения в соответствии с п. 6.2. настоящих Правил;

9.2.4. передать Застрахованному лицу в соответствии с договором страхования необходимые документы (индивидуальный страховой полис, пропуск в медицинскую или иную организацию), а при их утрате – дубликаты, а также ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования;

9.2.5. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, адреса места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства;

9.2.7. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить

самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и иные услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

9.2.8. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п. 9.2.7 Правил, в течение 3 рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика, если иной срок не предусмотрен договором страхования;

9.2.9. Договором страхования может быть предусмотрена обязанность Страхователя (Застрахованного лица) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в частности, о выявлении у Застрахованного лица определенных заболеваний, состояний, существенно повышающих вероятность обращения за оказанием медицинских и иных услуг, установление Застрахованному лицу инвалидности. Перечень обстоятельств (в том числе заболеваний), о которых Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику, указывается в договоре страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, указанной в данном пункте, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора в соответствии с п. 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования;

9.3.2. не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных п.п. 3.6, 3.9 – 3.11, 3.13 настоящих Правил;

9.3.3. в течение срока действия договора страхования потребовать заполнения Застрахованным лицом анкеты по установленной Страховщиком форме в случае поступления от Страхователя обращения по поводу изменения условий договора страхования в течение срока его действия (изменения видов медицинских и иных услуг, перечня медицинских и иных учреждений, размера страховых сумм, состава Застрахованных лиц и др.);

9.3.4. в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий договора страхования (в т.ч. сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, установления лимитов ответственности и др.);

9.3.5. в случае если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных или отозвало его, такой отказ признается Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от оказания услуг по добровольному медицинскому страхованию в отношении данного Застрахованного лица в рамках договора страхования, в связи с чем Страховщик вправе не заключать договор страхования или прекратить страхование в отношении данного Застрахованного лица.

9.3.6. привлекать третьих лиц в целях заключения и исполнения договора страхования.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. вручить Страхователю договор страхования (страховой полис), настоящие Правила страхования или условия страхования к договору страхования в порядке, предусмотренном п. 6.8 настоящих Правил.

9.4.2. по требованию Страхователя (Застрахованного лица), а также лиц, имеющих

намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования и условиях страхования к нему;

9.4.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования согласно условиям договора страхования;

9.4.4. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора страхования;

9.4.5. в течение срока, указанного в договоре страхования, выдать Страхователю (Застрахованным лицам) индивидуальные страховые полисы.

9.4.6. в случае невозможности оказания медицинской или иной организации Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования, организовать и/или оплатить оказание аналогичных по качеству медицинских услуг в другой медицинской или иной организации.

При самостоятельной организации Застрахованным лицом получения медицинских услуг без участия Страховщика последний вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы (если они не были согласованы со Страховщиком);

9.4.7. контролировать объём и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

9.4.8. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, условиями страхования к нему или отдельным соглашением между Страхователем и Страховщиком, информирование осуществляется путем направления Страхователю письменного уведомления по почте.

9.4.9. по запросу Страхователя (Застрахованного лица) проинформировать его:

а) обо всех предусмотренных договором страхования и/или настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо) должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения

вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

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

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя (Застрахованного лица), либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программы добровольного медицинского страхования);

9.5.2. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией;

9.6.2. при обращении в медицинскую или иную организацию предъявить документ, удостоверяющий личность.

9.7. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении договора страхования. Конфиденциальными сведениями по договору страхования признаются: сведения о Застрахованных лицах, сведения о факте обращения Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

9.8. Страховщик и Страхователь обязаны соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

9.10. Уведомления, извещения и другая информация направляется Страховщиком Страхователю по почте, на почтовый адрес,

указанный в договоре страхования либо сообщенный Страхователем дополнительно, если иной способ не согласован со Страхователем при заключении договора страхования.

10. Страховые выплаты

10.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в договоре страхования. В случае установления в договоре страхования франшизы (раздел 5 настоящих Правил) определение размера страховой выплаты производится с учетом порядка установления франшизы, предусмотренного договором страхования.

10.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

10.2.1. в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

Оплата медицинских услуг производится на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ, выставленного Страховщику медицинской или иной организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования;

10.2.2. в форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг – только если это прямо предусмотрено договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования, либо в случае согласования Страхователем (Застрахованным лицом) такой формы возмещения со Страховщиком в письменном виде.

10.3. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 10.2.2 настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен в течение 30-ти дней со дня оказания медицинских и иных услуг, (если иной срок

не предусмотрен договором страхования), предоставить Страховщику (перечень предоставляемых документов может быть сокращен Страховщиком в зависимости от конкретного страхового случая):

10.3.1. оригинал заявления на страховую выплату по установленной Страховщиком форме;

10.3.2. оригинал документа, оформленного в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг (или его копию), подтверждающего факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений;

10.3.3. для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг – реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

10.3.4. для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – оригиналы или копии рецептов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства;

10.3.5. для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:

10.3.5.1. при оперативном лечении – оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе), оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

10.3.5.2. при амбулаторном лечении – оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

10.3.6. для возмещения стоимости оплаченных иных услуг – оригиналы или копии документов, подтверждающих факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием ему иных услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленного в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

10.3.7. оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинских и иных услуг или приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости);

10.3.8. копию общегражданского паспорта Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства; если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо – дополнительно предоставляется копия общегражданского паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление от его имени, и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копии документов, подтверждающих право действовать в интересах Застрахованного лица);

10.3.9. в случае если Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью в зарубежное медицинское учреждение – перевод на русский язык документов, составленных на иностранном языке, выполненный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов.

10.4. В случае, если имеются основания полагать, что обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами вызвано расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, обращение в связи с которыми не является застрахованным согласно договору страхования, а документы, предоставленные в соответствии с п.п. 10.2, 10.3 настоящих Правил, не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами страховым случаем согласно договору страхования, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме

запросить у компетентных органов (медицинских организаций, органов внутренних дел, прокуратуры и других органов) предприятий, учреждений, организаций, в том числе медицинских, располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события, следующие документы:

- медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и/или выписки из медицинских карт (оригиналы или копии, заверенные главным врачом или заместителем главного врача и печатью медицинского учреждения) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, а также за 5 лет, предшествующих страховому случаю или вступлению договора страхования в силу, из всех медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо;
- документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;
- документы Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации или его структурных подразделений, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;
- справку из специализированных лечебно-профилактических медицинских организаций и их подразделений (Центра профпатологии, клиник и отделов профзаболеваний, выполняющих их функции), имеющих соответствующую лицензию и сертификат о праве устанавливать диагноз профессионального заболевания; акт расследования профессионального заболевания по форме 362/У-86;
- справку учреждения медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации, акт медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации;
- справки из наркологических, туберкулезных, психиатрических, кожно-венерологических диспансеров;

- акт судебно-медицинского или патолого-анатомического исследования;
 - акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;
 - акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;
 - постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела, решение, принятое (в том числе в судебном порядке) по уголовному делу;
 - постановление об административном правонарушении;
 - справку медицинской организации с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения при наступлении патологического состояния и / или получения травмы (зафиксированные на момент поступления в медицинскую организацию признаки опьянения, или результаты исследования биологических материалов на содержание этилового спирта, наркотических или токсических веществ);
 - акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
 - справку о дорожно-транспортном происшествии;
 - выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;
 - извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом;
 - протокол военно-врачебной комиссии;
 - оригиналы и/или копии инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология);
 - результаты профилактических, предварительных, периодических, предсменных, предрейсовых (последсменных, послерейсовых) и иных медицинских осмотров, результаты диспансеризации;
 - справки о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет и диагноза);
 - медицинское свидетельство о смерти (форма 106/у-08);
 - в Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и/или страховых компаниях, работающих в системе обязательного медицинского страхования – информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.
- 10.4.1. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:
- принять их, при этом срок, указанный в п. 10.5.2 настоящих Правил, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
 - уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.
- Срок уведомления обратившихся за выплатой физических лиц о выявлении факта предоставления ими документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов, не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.
- 10.5. После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов и сведений (п.п. 10.2 – 10.4 настоящих Правил) Страховщик:
- 10.5.1. по п. 10.2.1. настоящих Правил осуществляет страховую выплату в медицинскую и/или иную организацию в порядке и в сроки в соответствии с условиями договора между Страховщиком и медицинской или иной организацией;
- 10.5.2. по п. 10.2.2 настоящих Правил – рассматривает их в течение 30 рабочих дней с даты получения последнего из документов (если иной срок не предусмотрен договором страхования). В течение указанного срока Страховщик:
- если случай признан страховым – составляет страховой акт и производит страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу);
 - если отсутствуют основания для осуществления страховой выплаты – оформляет соответствующее решение письмом, в котором информирует лицо, обратившееся за выплатой, об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и/или настоящих Правил,

на основании которых принято данное решение, и направляет указанное письмо по почте (или иным способом, предусмотренным договором страхования или соглашением сторон) в течение трех рабочих дней после его подписания при соблюдении общего срока, указанного в первом абзаце настоящего пункта.

10.5.3. Выплаты производятся путём перечисления сумм на банковский счёт, указанный получателем, наличными денежными средствами в кассе Страховщика или иным способом, указанным в заявлении получателя.

Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика, (если выплата производится путем перечисления сумм на банковский счет), выдачи наличных денег из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами) либо дата передачи (перечисления) Страховщиком денежных средств соответствующей организации (службе) для перевода (перечисления) получателю (если выплата производится иным способом по соглашению сторон).

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя.

Выплата может быть произведена представителю лица, имеющего по настоящим Правилам право на ее получение, по доверенности, оформленной в установленном порядке.

10.6. Налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством Российской Федерации.

10.7. При «страховании в эквиваленте», а также в случаях компенсации расходов, понесенных за пределами Российской Федерации, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты (для валют из Перечня иностранных валют, официальные курсы которых по отношению к рублю устанавливаются Банком России). Для иностранных валют, не включенных в указанный Перечень,

страховые выплаты производятся по курсу, представленному в информационных системах Reuters (www.reuters.com) или Bloomberg (www.bloomberg.com), на дату составления страхового акта.

Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении договора страхования.

Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется исходя из максимального курса для выплат.

10.8. Документы, указанные в п. 10.3 настоящих Правил, могут быть предоставлены Страховщику:

10.8.1. в виде электронных копий документов или электронных документов в случае, если возможность данного предоставления реализована на официальном сайте Страховщика, в том числе на специальных страницах официального сайта Страховщика, созданных для целей направления электронных документов или электронных копий документов, в том числе в личном кабинете Страхователя (при заключении договора страхования в форме электронного документа с использованием личного кабинета Страхователя). Соответствие электронных копий документов оригиналу данного документа может подтверждаться, в том числе, проставлением специальных отметок на форме загрузки электронных копий документов или электронных документов о подтверждении указанного соответствия;

10.8.2. по электронной почте, если данный способ взаимодействия письменно согласован между Страховщиком и Страхователем и/или Застрахованным лицом (например, в договоре страхования). При согласовании способа взаимодействия Стороны указывают свои адреса электронной почты. Риски негативных последствий несет Сторона, неправильно указавшая свой адрес электронной почты или указавшая не свой адрес электронной почты. Сторона, направившая сообщение на адрес электронной почты до получения от другой Стороны уведомления об

изменении адреса, признается исполнившей обязательство надлежаще.

10.9. Взаимодействие между Страховщиком и Страхователем и/или Застрахованным лицом при рассмотрении заявления о страховой выплате осуществляется способом, указанным в договоре страхования или согласованным между Страховщиком и Страхователем и/или Застрахованным лицом при направлении заявления о страховой выплате.

11. Разрешение споров

11.1. Споры, возникающие по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Разрешение споров с юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями осуществляется с соблюдением досудебного (претензионного) порядка, если иное не предусмотрено договором страхования. При разрешении спора в досудебном (претензионном) порядке, до обращения в суд, направляется мотивированная письменная претензия с приложением копий документов,

на которые имеется ссылка в претензии. Лицо, которому направлена претензия, обязано в течение 30 календарных дней, если иной срок не предусмотрен договором страхования, с даты поступления претензии рассмотреть ее и письменно уведомить направившее претензию лицо о результатах ее рассмотрения. Если спор не урегулирован в досудебном (претензионном) порядке, то он разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования и оспариваемым одной из сторон, может быть предъявлен в пределах сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

11.3. В случае, если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.