

УТВЕРЖДЕНО



Приказом Врио Генерального
директора ЗАО «СК Успех»
от «20» мая 2016 г. № 20


С.Б. Борисов

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ
ГРАЖДАНСТВА утвержденные приказом №20 от «20» мая 2016 года**

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**
- 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
- 3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ**
- 4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)**
- 5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ**
- 7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
- 10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства (далее Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Закрытое акционерное общество «Страховая компания УСПЕХ», именуемое в дальнейшем «Страховщик», осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию, в том числе при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации, с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем «Страхователи».

1.2. Договором добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации, (далее – Договор (ы) страхования) является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая), совершившегося в период действия Договора страхования осуществить страховую выплату в счет оплаты организации и оказания при обращении Застрахованного медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства (далее – Программа страхования), предусмотренной Договором страхования.

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

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

1.4. Определения, наименования и понятия, используемые в Правилах, в ряде случаев специально поясняются. Если значение какого-либо понятия или наименования не оговорено в Правилах и не может быть определено, исходя из нормативных и законодательных актов, то применяется его обычное лексическое значение.

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

1.4.2. **Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.4.3. **Страховая выплата** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.4.4. **Срок страхования** - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором страхования, и соответственно, наступление страхового случая влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате.

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

1.4.6. **Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования)** - перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком при наступлении страхового случая, а также порядок их оказания. Программа страхования разрабатывается Страховщиком и должна обеспечивать получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме Застрахованному лицу. Программа может также содержать конкретный перечень медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо, в соответствии с условиями Договора страхования, может получить медицинские услуги, а также конкретный перечень исключений из программы страхования (в том числе индивидуальные исключения) и предусматривать определенный порядок оказания медицинских услуг.

Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования Программы страхования являются приложением к соответствующим Договорам страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные Программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинских услуг в рамках указанных Программ страхования. Перечень медицинских услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

1.4.7. Субъекты страхования:

Субъектами добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации, выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный и медицинские или иные организация, перечисленные ниже:

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

1.4.7.2. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо, юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель, заключившее со страховщиком Договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации, в пользу Застрахованного лица.

1.4.7.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** - названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по Договору добровольного медицинского страхования въезжающих и пребывающих на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

Застрахованными могут быть иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию, и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее - трудовые мигранты).

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

Для целей настоящих Правил:

- к **медицинским организациям (учреждениям)** относятся российские и зарубежные юридические лица любой организационно - правовой формы, а также физические лица, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление медицинской деятельности;
- к **фармацевтическим (аптечным) организациям (учреждениям)** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление фармацевтической деятельности;
- к **ассистанским (сервисным) организациям (компаниям)** относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку Программ страхования по поручению Страховщика по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, а также оказывающие услуги по репатриации;
- к **экспертным организациям** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (и имеющие лицензию на соответствующий вид деятельности, если данный вид подлежит лицензированию), предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;
- к **иным организациям** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических организаций), производящие и осуществляющие продажу товаров, выполнение работ и оказание услуг медицинского характера (в том числе торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием и т.п.).

1.5. При заключении Договора страхования или в период его действия до наступления страхового случая при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов стороны могут договориться об изменении или исключении из условий Договора страхования отдельных положений настоящих Правил страхования, при условии, что такие изменения, исключения не противоречат законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

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

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

Территория действия договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов должна включать субъект Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе трудовых мигрантов, является имущественный интерес, связанный с оплатой организации и оказания медицинских услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их (медицинское страхование).

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. По настоящим Правилам страховым случаем является совершившееся событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам в соответствии с условиями Договора страхования.

3.3. По Договору страхования, заключенному по настоящим Правилам (с учетом исключений из числа страховых рисков и страховых случаев, указанных в п.п. 3.7. – 3.12. Правил), страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением предусмотренных Договором страхования или согласованной со Страховщиком медицинских услуг, а также иных указанных в Договоре страхования услуг, повлекших необходимость оплаты, организации и оказания вышеуказанных услуг в медицинское учреждение (организацию), фармацевтическую (аптечную) организацию (учреждение), ассистанскую (сервисную) компанию, экспертную организацию и/или иное учреждение (организацию).

Объем оказанных медицинских и иных услуг и оплачиваемый Страховщиком определяется выбранной Программой страхования, которая является неотъемлемой частью Договора страхования.

3.4. Программы страхования могут содержать разные виды медицинской помощи, в том числе: амбулаторно-поликлиническую, стационарную, скорую и неотложную и т.д. При страховании дополнительных рисков страховщик оплачивает такие дополнительные расходы в объеме, прямо предусмотренном договором страхования.

3.5. Объем медицинской помощи по базовой Программе страхования, оплачиваемой Страховщиком по договору доброволь-

ного медицинского страхования трудовых мигрантов, должна обеспечивать получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме Застрахованному лицу в случаях следующих заболеваний и состояний:

- 1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- 2) новообразования;
- 3) болезни эндокринной системы;
- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;
- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения.

Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов также должна предусматривать оплату Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

3.6. В зависимости от пожеланий Страхователя, в Программу страхования в любой комбинации могут быть включены также дополнительные риски.

3.6.1. Программы страхования амбулаторно-поликлинической помощи могут содержать как отдельные, так и все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, –включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, оказание помощи в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; –экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу.

Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские услуги предоставляются Застрахованному лицу без его круглосуточного пребывания в этом медицинском учреждении.

3.6.2. Программы страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать как отдельные, так и все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; питание, уход медицинского персонала; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания. Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские услуги предоставляются Застрахованному лицу с его возможным круглосуточным пребыванием в это медицинском учреждении.

3.6.3. Программы страхования, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригад скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, а также медицинскую перевозку Застрахованного в амбулаторно-поликлиническое или стационарное медицинское учреждение.

3.7. К страховым рискам не относится, не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает услуги, полученные Застрахованным лицом, если:

3.7.1. Оказанные медицинские услуги не были предусмотрены Программой страхования или не были согласованы со Страховщиком.

3.7.2. Медицинское учреждение и/или иное учреждение (организация), в котором Застрахованному лицу была оказана помощь, не указано в Договоре страхования, или не было согласовано со Страховщиком.

3.7.3. Обращение Застрахованного лица за помощью в медицинское учреждение и/или иное учреждение (организацию) было

вызвано событиями, не являющимися страховыми рисками и страховыми случаями по условиям настоящих Правил и/или Договора страхования.

3.7.4. Оказанные медицинские услуги не назначены врачом или выполнены по желанию Застрахованного лица без согласования со Страховщиком.

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

3.8. Если Договором страхования и Программой не предусмотрено иное, к страховым рискам не относится, не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги, полученные Застрахованным лицом:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица.

3.9. К страховым рискам не относится, не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает оказанные медицинские услуги, если они были оказаны незастрахованному лицу, которому Застрахованное лицо передало свой страховой полис, пропуск в медицинское учреждение и т.п. документы.

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

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- особо опасной инфекционной болезни в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина;
- в результате террористических актов.

3.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования и Программой, к страховым рискам не относится, не является страховым случаем и Страховщик не производит оплату медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу в связи со следующими основаниями:

- патологические состояния и травмы, возникшие у застрахованного лица в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических, психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;
- травматические повреждения или иные расстройства здоровья, наступившие в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- покушение застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- умышленное причинение себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, чума, холера, вирусные геморрагические лихорадки, полиомиелит, лепра, малярия ТОРС), иные заболевания, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- иммунодефицитные состояния;
- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- туберкулез независимо от клинической формы и стадии процесса;
- онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образования головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев);
- острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени;
- сахарный диабет I и II типа;
- лучевая болезнь;
- демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;
- наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки;
- системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;
- заболевания, послужившие основанием для установления Застрахованному лицу инвалидности I или II группы;
- хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;
- заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;

- ронхопатия, апноэ во сне;
- ожирение;
- аллергические реакции (реакции гиперчувствительности), atopические заболевания и им подобные, не требующие неотложной помощи;
- психические заболевания, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания.

3.12. Если иное не предусмотрено Договором страхования, к страховым рискам не относится и не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами:

3.12.1. Если обращение Застрахованного произошло после окончания срока действия Договора страхования.

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

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

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

3.14. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений, указанных в п.

3.8, 3.11, 3.12. настоящих Правил, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях, указанных в п.

3.10. настоящих Правил. В отдельных случаях в договоре страхования стороны могут оговорить особый порядок при принятии на страхование размер и порядок страховых выплат в связи со страховыми событиями, предусмотренными п. 3.10.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

4.1. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого перечня конкретных видов и объема медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования.

4.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем на каждого Застрахованного лица и указывается в Договоре страхования. Договором страхования может быть также предусмотрена страховая сумма в целом по Программе страхования или по нескольким Программам страхования, а также по отдельным заболеваниям (состояниям), услугам, видам медицинской и иной помощи, а также в целом по Договору страхования. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховых выплат – по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

4.3. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик при наступлении страховых случаев, произошедших в период действия договора, обязуется оплатить оказанные застрахованному лицу медицинские услуги (произвести страховые выплаты), должна быть не менее 100 000,00 рублей на каждого Застрахованного на период страхования.

4.4. В Договоре страхования применяется агрегатная страховая сумма.

Агрегатная страховая сумма – уменьшаемая страховая сумма, рассчитываемая как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям.

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, Договор страхования прекращается.

По Договору страхования трудовых мигрантов Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

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

В случаях, если стоимость медицинских услуг превышает размер страховой суммы, Страхователь вправе заключить со Страховщиком соглашение, в соответствии с которым Страхователь обязуется возместить Страховщику расходы на оказание медицинских услуг, в сумме, превышающей страховую сумму или увеличить страховую сумму с учетом уплаты дополнительной страховой премии (с согласия Страховщика).

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

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

4.8. Страховщик может при расчете сумм страховой премии использовать повышающие/понижающие коэффициенты к утвержденным тарифам в соответствии с оценкой степени риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется соглашением сторон на основании базовых тарифов, с учетом коэффициентов риска, зависящих от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер будущих убытков, а именно: возраста и пола застрахованного лица, объема программы страхования (виды медицинской помощи, включенные в программу страхования и оплачиваемые страховщиком), срока действия договора страхования, категории медицинского учреждения и размера медицинской инфляции, общей численности Застрахованных лиц в рамках одного договора, валюты договора страхования, персональных исключений из программы страхования, территории покрытия.

4.9. Для определения ставки страховой премии Страховщик может потребовать от Застрахованного лица заполнить медицинскую анкету кандидата на страхование. При необходимости Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо на медицинское освидетельствование.

4.10. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования

учитываются факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни), используемые Страховщиком для оценки страхового риска.

4.11. В случае отказа Застрахованного лица от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

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

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

4.14. 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.

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

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

4.17. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при оплате страховой премии в рассрочку, в случае неуплаты Страхователем очередного (т.е. второго и каждого последующего) страхового взноса в сроки, предусмотренные Договором страхования или его уплаты в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик имеет право уменьшить объем страховой ответственности (страховую сумму, перечень оказываемых услуг) в соответствии с уплаченной частью страховой премии или договор страхования досрочно расторгается с даты, указанной в качестве срока оплаты очередного страхового взноса.

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

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

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

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

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

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

При заключении Договора страхования Страховщик (для обеспечения Застрахованным лицам оказания медицинской помощи необходимого объема и качества) вправе установить минимальный размер страховой суммы и/или страховой премии, ниже которого не могут устанавливаться величины страховой суммы и/или страховой премии по определенной Программе добровольного медицинского страхования.

4.23. При изменении стоимости медицинских услуг в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии путем направления Страхователю уведомления с указанием о повышении стоимости медицинских услуг и расчетом измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 15 рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору страхования. После подтверждения факта получения Страхователем такого уведомления, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом.

5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

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

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о характере события (страхового риска), на случай наступления которого осуществляется страхование путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему Договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских услуг,

включаемых в Программу страхования Застрахованного лица; кроме того, Страховщик и Страхователь могут указать в Договоре страхования название Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

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

- о Застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о размерах, сроках и порядке страховой выплаты;
- о перечне медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования;
- об исключениях из договора страхования;
- о перечне медицинских и иных учреждений, если договором прямо не предусмотрено иное;
- о территории страхования.

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

5.5. Заключение Договора страхования с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем может осуществляться путем составления отдельного документа, в рамках которого Застрахованным лицам по Договору страхования выдаются именные страховые полисы.

5.5.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное заявление представителя Страхователя или письменное заявление Страхователя, в котором должны быть указаны:

- сведения о страхователе юридическом лице: организационно-правовая форма и наименование организации; адрес места нахождения, телефон, факс, адрес сайта и/или электронной почты организации; идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, государственный регистрационный номер, место государственной регистрации; банковские реквизиты организации; должность, фамилия, имя и отчество лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени Страхователя (Застрахованного лица) и документ, на основании которого он подписывает Договор;
- сведения о страхователе индивидуальном предпринимателе: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая); дата и место рождения; гражданство (при наличии); адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации; реквизиты документа удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется); контактная информация (телефон, адрес электронной почты); дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации; идентификационный номер налогоплательщика, дата постановки на учет индивидуального предпринимателя в налоговом органе; банковские реквизиты индивидуального предпринимателя;
- список Застрахованных лиц по форме, согласованной со Страховщиком с указанием: фамилии, имя, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), пол, дата и место рождения, гражданство (при наличии), адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации, реквизиты документа удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется), контактная информация (телефон, адрес электронной почты), документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- Программа страхования;
- срок действия Договора страхования.

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных сведениях и документах отсутствуют необходимые данные об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска, а также в порядке, предусмотренном п.4.9. настоящих Правил, предложить Застрахованному лицу заполнить Медицинскую анкету и/или направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

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

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

5.6. Заключение Договора медицинского страхования с физическим лицом.

5.6.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя по форме

утвержденной Страховщиком, в котором должно быть указано:

- данные Страхователя: фамилии, имя, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), пол, дата и место рождения, гражданство (при наличии), адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации, реквизиты документа удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется), контактная информация (телефон, адрес электронной почты), документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- Программа страхования;
- срок действия Договора страхования.

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных сведениях и документах отсутствуют необходимые данные об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска, а также в порядке, предусмотренном п.4.9. настоящих Правил, предложить Застрахованному лицу заполнить Медицинскую анкету и/или направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

5.6.2. Факт заключения Договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Договора страхования и/или Страхового полиса и/или выдачей страховой пластиковой карточки, страхового полиса.

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

5.7. Полис должен содержать в том числе следующие сведения.

5.7.1. Сведения о Страхователе:

а) в случае если Страхователем является физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;

- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

б) в случае если Страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

в) в случае если Страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;

- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;

- адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;

- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии));

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС.

5.7.2. Информацию о Застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- пол;

- дата рождения;

- вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;

- гражданство (при наличии);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

5.7.3. Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;

- номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;

- адрес (место нахождения);

- телефон (факс);

- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

- банковские реквизиты;

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени Страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор.

5.7.4. Реквизиты полиса:

- серия и номер бланка полиса;

- номер средства визуального контроля.

5.7.5. Дату заполнения полиса.

5.7.6. Срок действия Договора страхования.

5.7.7. Территорию действия Договора страхования.

5.7.8. Размер страховой суммы.

5.7.9. Подпись Страхователя.

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

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

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

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

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

5.13. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса или именной страховой карты, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен Страхователю (Застрахованному лицу) выдается новый страховой полис или страховая карта. При повторной утрате страхового документа в течение действия Договора страхования, со Страхователя (Застрахованного лица) дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ

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

6.9. Срок действия Договора страхования трудовых мигрантов определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

Договор страхования трудовых мигрантов может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

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

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

6.12. Договор страхования добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента Страхователя (Застрахованного лица).

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

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

6.14. Договор страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока его действия;

б) исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

в) по требованию Страховщика в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором страхования сроки и размере;

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

д) в случае смерти Застрахованного лица с даты его смерти в части, не касающейся репатриации тела Застрахованного лица при условии наличия репатриации в программе страхования. Коллективный Договор страхования в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица;

е) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ, с даты, определенной законом или Договором страхования;

ж) в случае отзыва застрахованным лицом согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных застрахованного лица;

з) в случаях, предусмотренных п.п. 5.7., 7.3., 7.4.;

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

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

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

6.17. При досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя (отказе от Договора страхования) в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица возврат части страховой премии производится Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования и действующим законодательством РФ.

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

6.19. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного, возратить Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного лица.

6.20. Возврат страховой премии Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования производится в течение 45 дней со дня получения всех счетов за услуги, предоставленные Застрахованным лицам.

7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, страховом полисе, Программе страхования.

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

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

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

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. Организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

8.1.2. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования, вручить Страхователю при заключении Договора страхования Программу страхования.

8.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице). Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (кроме случаев, когда от Застрахованного получено письменное согласие), Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

8.1.4. Выдать Страхователю (Застрахованному лицу) страховые полисы.

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

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

8.1.7. Контролировать объем, сроки и качество медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в медицинских и/или иных учреждениях (организациях), предусмотренных Программой страхования в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными учреждениями.

8.1.8. В случае невозможности оказания медицинским учреждением Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных Договором страхования, организовать и оплатить оказание аналогичной по качеству медицинской помощи в другом медицинском учреждении.

8.2. Страховщик имеет право:

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

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

8.2.3. Досрочно расторгнуть Договор страхования на условиях настоящих Правил и в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.2.4. По согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения Договора с медицинским и/или иным учреждением (организацией), указанным в Программе страхования.

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

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

8.2.7. Приостановить оказание медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в случае несвоевременной или неполной уплаты страховой премии. После уплаты Страхователем задолженности оказание медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, возобновляется.

8.2.8. Изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении медицинским и/или иным учреждением стоимости предоставляемых медицинских услуг.

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

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

8.2.11. Отказать в оплате оказанных медицинских услуг по причинам, предусмотренными настоящими Правилами.

8.2.12. Прекратить договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в п.п. 5.7., 7.3., 7.4. Правил и предусмотренных действующим законодательством.

8.2.13. Прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком.

8.3. Страхователь обязан:

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

8.3.2. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, определенные Договором (полисом) страхова-

ния.

При заключении коллективного договора страхования ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования.

8.3.4. Обеспечить прохождение медицинского освидетельствования Застрахованным лицом по требованию Страховщика.

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

8.3.6. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от совершения действий, которые могут повлечь неблагоприятные последствия в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица.

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

8.3.8. Незамедлительно ставить в известность Страховщика при получении им информации о невозможности получения медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования в Медицинском учреждении, определенном условиями Договора.

8.3.9. При наступлении страхового случая незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, известить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

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

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

8.3.12. Уведомить Застрахованное лицо о необходимости выполнения им обязанностей (действий), предусмотренных пунктами 8.3.2., 8.3.5. – 8.3.11. настоящих Правил, если указанные обязанности могут или должны быть выполнены указанным лицом.

8.3.13. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается Договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком и представителями Страховщика его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в том числе необходимой медицинской информации, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

8.3.14. Предоставить Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц.

8.3.15. Своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, телефонов, а также персональных данных Застрахованных лиц в случае их изменения и его фактического места жительства, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования, предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг и их оплаты (или только их оплаты) в соответствии с условиями Договора страхования и установленной им Программой.

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

8.4.3. При коллективном страховании изменить численность Застрахованных лиц в соответствии с порядком, предусмотренном Правилами страхования. В случае расширения списка Застрахованных лиц по договору коллективного страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные условиями настоящих Правил, и уплачивает дополнительную страховую премию за период со дня включения новых лиц в список Застрахованных до даты окончания действия коллективного Договора страхования (при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный). Страхование в отношении новых Застрахованных лиц начинает действовать в сроки, установленные п. 6.4. Правил. При сокращении числа Застрахованных лиц, Страхователь обязан сообщить об этом Страховщику в срок и на условиях п. 7.1. Правил, одновременно предоставив списки лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования. Возврат части страховой премии в этом случае осуществляется в порядке, предусмотренным п. 6.9. настоящих Правил.

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

Договор на новых условиях начинает действовать со дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии (ее части), если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4.5. Заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Правилами страхования (п.4.21.) в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

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

8.4.7. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

8.5. Застрахованные лица обязаны:

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

8.5.2. При получении страховой документации (Договора страхования, полиса,–пластиковой карточки, Правил страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов.

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

8.5.4. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи; компенсировать Страховщику в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой картой Застрахованного лица.

8.5.5. При утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика.

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

8.5.7. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

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

8.5.9. Немедленно сообщать Страхователю и Страховщику обо всех случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях, определенных Договором страхования. Не позднее 3 дней после устного уведомления Страховщика о непредставлении, неполном или некачественном предоставлении медицинских услуг в Медицинских учреждениях, любым доступным способом (электронная почта, факсимильное сообщение, по почте, лично) предоставить Страховщику письменное обращение по данному факту. В случае отсутствия письменного обращения Застрахованного к Страховщику, Страховщик не принимает на себя обязательства по урегулированию претензии.

8.5.10. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) если это предусмотрено договором страхования.

8.5.11. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые приводят к неблагоприятным последствиям для его жизни и здоровья.

8.5.12. При обращении за медицинской помощью добросовестно выполнять рекомендации лечащего врача.

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

8.6. Застрахованное лицо имеет право:

8.6.1. Обращаться за получением медицинских услуг, перечень и объем которых определен в Программе страхования, в медицинские и/или иные учреждения (организации), перечень которых определен Программой страхования.

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

8.6.3. Требовать от Страховщика в случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях, установленных Договором страхования, исполнения своих обязательств в соответствии с его условиями.

8.6.4. На получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

8.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

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

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

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

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

8.7.5. Страховщик и представитель Страховщика имеют право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указан-

ными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

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

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

8.7.8. В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя/Застрахованного лица предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 (шести) месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25 лет с даты окончания срока действия Договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по Договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 25 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

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

8.9. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении Договора страхования. Конфиденциальными сведениями по Договору страхования признаются: сведения о Страхователях, Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

9.1. В рамках настоящих Правил, Страховщик в соответствии с условиями Договора страхования в счет страховой выплаты по Договору страхования обязан организовать и оплатить оказание медицинских услуг Застрахованному лицу. Получение Застрахованным лицом медицинских услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения (организации), указанные в Программе страхования.

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

9.3. Страховщик может осуществлять авансовую оплату услуг, предоставленных Застрахованным лицам, если это предусмотрено Договором с медицинским и/или иным учреждением, с последующим взаиморасчетом на основании счетов, выставленных медицинским и/или иным учреждением на оплату фактически оказанных услуг.

9.4. Страховая выплата определяется стоимостью предоставленных Застрахованному лицу медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать страховой суммы/лимита страховой ответственности, указанных в Договоре страхования и конкретной Программе страхования.

9.5. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в соответствии с условиями указанными в Договоре страхования в форме организации оказания Застрахованному лицу (в счет страховой выплаты по Договору страхования) медицинских услуг, указанных в Договоре страхования, и оплаты стоимости этих услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и/или иную организацию по их счетам.

Получение Застрахованным лицом медицинских услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования в счет страховой выплаты, осуществляется непосредственно при обращении Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения (организации), указанные в Договоре страхования (Программе страхования) или согласованные со Страховщиком.

9.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок оказания медицинских услуг медицинскими и/или иными учреждениями (организациями), указанными в Договоре страхования (Программе страхования) не может превышать 90 (девяносто) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица, за исключением случаев, когда:

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

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

9.7. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в течение предусмотренного Правилами срока для осуществления страховой выплаты, и направляется Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивиро-

ванным обоснованием причин отказа в течение пятнадцати рабочих дней со дня истечения вышеуказанного срока для осуществления страховой выплаты.

9.8. Страховщик вправе проверить соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также провести экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению (в течение 90 дней с момента получения счета из медицинского или иного учреждения) или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного) (в течение 90 дней с момента обращения Застрахованного лица к Страховщику с просьбой о проведении такой экспертизы).

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

9.10. При этом применяется следующий порядок:

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

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

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

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

9.12. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда, причиненного третьими лицами.

9.13. Не возмещаются расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией, начавшейся в период действия Договора страхования.

9.14. Конкретный порядок организации медицинской помощи определяется Программой страхования и Договором страхования.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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