

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ СОГАЗ-ЖИЗНЬ»**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

_____ И.В. Якушева

«01» ноября 2019 г.

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

(первоначальная редакция от 08.06.2015 г. – приказ № 064 от 08.06.2015 г., с изменениями от 26.10.2015 г. - приказ № 119 от 26.10.2015 г., от 01.01.2018 г. - приказ № 117 от 12.12.2017г., от 06.05.2019 г. - приказ № 066 от 06.05.2019 г., от 01.11.2019 г. – приказ №155 от 01.11.2019 г.)

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 Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания СОГАЗ ЖИЗНЬ», 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, предоставляющие 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.

1.6. Термины, применяемые в настоящих Правилах:

Заболевание - нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями. Заболевание включает в себя все патологические состояния, явившиеся следствием одной причины или группы взаимосвязанных причин. Заболевание считается продолжением предыдущего заболевания, если оно явилось следствием той же причины или взаимосвязанной причины. Заболевание считается отдельным заболеванием, если оно явилось следствием отдельной причины.

Лекарственные препараты - любое вещество или комбинация веществ, которые используются или применяются в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые назначены врачом. Рецепты, выписанные на препараты, имеющие собственное торговое наименование, действительны и для аналогов данного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у данного препарата.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний,

медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинская экспертиза - проводимые в установленном порядке исследования с целью установления состояния здоровья Застрахованного лица, определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий и/или факторов и состоянием здоровья Застрахованного лица

Представитель Страховщика – аккредитованная Страховщиком организация, обеспечивающая организацию Застрахованному лицу медицинских и иных услуг на основании договора между Страховщиком и организацией.

Программа добровольного медицинского страхования - перечень и условия оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в соответствии с условиями договора страхования.

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 проведения 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.

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.

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

Под иными услугами по настоящим Правилам понимаются:

- 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,

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

- сопровождение Застрахованного лица, в том числе несовершеннолетнего Застрахованного лица или 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;

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

- услуги по доставке медикаментов,

- услуги сиделки,

- оформление и выдача медицинской документации,

- создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг,

- не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проезда, проживания, питания Застрахованного лица и сопровождающего его лица.

- переводческие услуги и оплата телефонной связи, связанные с получением медицинской услуги,

- услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица,

- оформление представителем страховщика или медицинским учреждением, согласованным со Страховщиком, различной медицинской документации;

- информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи;

- обеспечение Застрахованного лица медицинскими изделиями - обеспечение Застрахованного лица медицинскими изделиями – инструментами, аппаратами, приборами, оборудованием, материалами и прочими изделиями, применяемыми в медицинских целях.

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 договора 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, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:

3.2.2. возникновение в течение срока действия договора 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 предоставление медицинских и иных услуг Застрахованному лицу, а также их оплату.

3.4.1. при обращении в медицинскую или иную организацию за получением медицинских или иных услуг, за исключением услуг, указанных в п. 3.4.2 настоящих Правил – до окончания срока действия договора страхования;

3.4.2. при обращении за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара – до момента выписки из стационара или, если смерть Застрахованного лица произошла в стационаре, до момента доставки тела до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в стационаре которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стационаре страны, гражданином которой он является;

3.5. Положения п. 3.4.2 применяются также в случаях, если обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара произошло в течение срока действия договора страхования (то есть, дата госпитализации должна быть ранее даты окончания договора страхования), но на дату окончания срока действия договора 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 застрахованным 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 настоящим Правилам.

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

Страховщик также вправе присваивать общее маркетинговое наименование страховым случаям, перечисленным в настоящих Правилах (страховой случай «ЛЕЧЕНИЕ»).

3.9. Не является застрахованным 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 получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами, а также 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 умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

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, ТОРС) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина.

Указанные в пп. 3.9.2, 3.9.3, 3.9.4 настоящих Правил обстоятельства должны быть подтверждены решением суда, документами из правоохранительных органов, иными документами из компетентных органов и организаций (медицинских, экспертных).

3.10. Не являются застрахованными случаи 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 или вне периода действия договора страхования или в период "временной франшизы";

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, в том числе в результате передачи Застрахованным лицом страховых документов другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

3.10.4. если Страхователем были предоставлены неверные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;

3.10.5. 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)");

3.10.6. 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, указанных в п. 3.9 настоящих Правил, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях, указанных в п. 3.11. настоящих Правил.

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

3.14. Страховщик не будет нести обязательств в отношении качества медицинских и/или каких-либо других услуг, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках данного страхования.

3.15. Страховщик не несет ответственности за какой бы то ни было ущерб, причиненный Застрахованному Поставщиком медицинских и других услуг, и/или их действий или ошибок.

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 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 оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу в соответствии с конкретной Программой добровольного медицинского страхования, не может превышать отдельную 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 по тем медицинским и иным услугам, которые оказаны по Программам добровольного медицинского страхования, для которых

установлена единая (общая) страховая сумма;

- отдельной страховой суммы по соответствующей Программе добровольного медицинского страхования по тем медицинским и иным услугам, 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 с тарифными ставками, определенными на основании базовых страховых тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие условия страхования.

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

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.

4.9. 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 досрочно прекратить договор страхования в соответствии с п. 8.1.2. 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:

- в определенном проценте от страховой суммы,
- в определенном проценте от страховой выплаты;
- в абсолютном выражении,
- путем установления в договоре определенного периода ("временная франшиза").

5.2. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик не производит страховую выплату, если стоимость оказанных услуг, подлежащих оплате Страховщиком, не превышает сумму франшизы, но производит страховую выплату в полном объеме, если стоимость оказанных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям договора страхования, превышает сумму франшизы) и безусловной (размер франшизы всегда вычитается из стоимости оказанных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям договора страхования. Оказанные Застрахованному лицу услуги, стоимость которых не превышает сумму безусловной франшизы, оплате не подлежат).

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 с даты вступления договора страхования в силу. Если это оговорено в договоре страхования, "временная франшиза" распространяется только на первый последовательный год страхования и не распространяется на каждый последующий год непрерывного страхования, в том числе при увеличении срока действия договора страхования.

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 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).

6.3. 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. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

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

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

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

6.7. 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 страховую карточку и/или пропуск в медицинскую и иную организацию.

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

6.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе).

6.10. 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 нормами договора страхования и настоящими Правилами преимущественную силу имеют положения договора страхования.

7. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

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

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

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

7.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре как дата его окончания, если договором не предусмотрено иное.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока его действия;

8.1.2. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные договором страхования сроки и размере, если договором не предусмотрено иное. В случае прекращения договора страхования по этой причине Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору.

Досрочное прекращение договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя о прекращении договора страхования 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, и, если иное не предусмотрено договором страхования или не указано в уведомлении, определяется исходя из оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии:

- если оплаченный период действия договора страхования превышает срок, прошедший с даты вступления договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, то при просрочке его уплаты договор страхования прекращается с 00 часов дня следующего за последним днем оплаченного периода;

- если оплаченный период действия договора страхования не превышает срок, прошедший с даты вступления договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, то при просрочке его уплаты датой досрочного прекращения договора страхования будет являться дата отправления уведомления или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Досрочное прекращение договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса не освобождает Страхователя от обязанности уплатить страховую премию за период, в течение которого действовало страхование;

8.1.3. ликвидации Страховщика - в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

8.1.4. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

8.1.5. 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;

8.1.6. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме;

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

8.1.8. по соглашению сторон. Страхование может быть прекращено, в том числе, в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования;

8.1.9. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации или договором страхования.

8.2. 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, 6.3 настоящих Правил.

8.3. При прекращении договора страхования в соответствии с п. 8.1.4, 8.1.5 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. По иным основаниям прекращения договора (за исключением п.п. 8.1.8, 8.1.9 настоящих Правил) возврат уплаченной страховой премии (взносов) не производится.

При отказе Страхователя - юридического лица от договора страхования (п. 8.1.7 настоящих Правил) уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное. В последнем случае порядок возврата части страховой премии указывается в договоре страхования или приложении к нему.

При досрочном прекращении договора страхования по соглашению сторон (п. 8.1.8 настоящих Правил) порядок взаиморасчетов определяется соглашением сторон.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п. 8.1.9 настоящих Правил порядок взаиморасчетов определяется действующим законодательством.

8.3.1. При отказе Страхователя - физического лица от договора страхования (п. 8.1.7 настоящих Правил):

а) В случае отказа Страхователя - физического лица от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней (в течение более длительного периода, указанного в договоре страхования) со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им страховую премию в полном размере, при условии поступления заявления об отказе от договора страхования до даты начала его действия до даты начала его действия.

б) В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный в подпункте а) настоящего пункта, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

в) Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с подпунктом а) настоящего пункта, при этом возврат Страхователю страховой премии может осуществляться по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

При досрочном отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) от Договора страхования в срок свыше, чем установленный в подпункте а) настоящего пункта, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4. Во всех случаях прекращения договора страхования или прекращения страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц Страхователь по требованию Страховщика обязан вернуть Страховщику индивидуальные страховые полисы, страховые карточки, пропуска в медицинскую и иную организацию, выданные Застрахованным лицам, в отношении которых прекращено страхование.

8.5. 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.

9.1.6. В соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель (далее – Потребитель финансовых услуг), начиная с 28.11.2019 г., вправе направить обращение Финансовому уполномоченному об удовлетворении требований о взыскании денежных сумм, если:

9.1.6.1. размер требований не превышает 500 тысяч рублей;

9.1.6.2. со дня, когда Потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет;

9.1.6.3. до направления обращения Финансовому уполномоченному:

а) Потребитель финансовых услуг направил Заявление об удовлетворении своих требований Страховщику в письменной или электронной форме;

б) получил от Страховщика (по адресу своей электронной почты или при его отсутствии по почтовому адресу) мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования либо не получил такого ответа, который должен быть направлен ему в течение 15 рабочих дней со дня получения заявления Потребителя финансовых услуг, направленного в электронной форме по стандартной форме, утвержденной Советом Службы, и если со дня нарушения прав Потребителя финансовых услуг прошло не более 180 дней, либо в течение 30 дней со дня получения заявления Потребителя финансовых услуг в иных случаях.

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 предоставить Страховщику необходимые документы и сведения в соответствии с п. 6.2, 6.3 настоящих Правил;

9.2.4. передать Застрахованному лицу в соответствии с договором страхования необходимые документы (индивидуальный страховой полис, страховую карточку, пропуск в медицинскую и 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;

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. 3.9 – 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, установление 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.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. вручить Страхователю настоящие Правила;

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;

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, страховые карточки, пропуска в медицинские и иные организации, где это требуется;

9.4.6. в случае невозможности оказания медицинской или иной организацией

Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования, организовать и 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. в случае отсутствия правовых оснований для оплаты медицинских услуг (решение об отказе) в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информировать Страхователя (Застрахованного лица) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе;

9.4.9. в случае, если для заключения договора страхования требуется медицинское обследование лица, в отношении которого заключается договор, уведомить Страхователя о его порядке и сроках;

9.4.10. в случае просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме проинформировать об этом Страхователя, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования;

9.4.11. при вручении (пересылке) Страхователю договора страхования передать ему в форме, в которой заключается договор страхования, Памятку об условиях договора страхования.

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. только если это предусмотрено договором страхования - требовать возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинских и иных услуг (за исключением услуг по репатриации тела Застрахованного лица);

9.5.3. 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 и иной организацией;

9.6.2. заботиться о сохранности страхового полиса, страховой карточки, пропуска в медицинскую организацию и т.п. документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

9.6.3. при обращении в медицинскую и иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, страховой полис (индивидуальный страховой полис), страховую карточку и/или пропуск в медицинскую и иную организацию;

9.6.4. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

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.

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.

9.8. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации путем замены Страхователя в договоре страхования, оформляемой дополнительным соглашением к договору страхования.

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

9.10. Взаимодействие Страховщика и Страхователя (Застрахованного лица) осуществляется через Личный кабинет Страхователя на сайте Страховщика www.lk.sogaz-life.ru, через сайт Страховщика www.sogaz-life.ru, а также посредством телефонной и почтовой связи по реквизитам Страховщика, указанным в Договоре страхования.

9.11. Страховая компания уведомляет о факте неоплаты очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме посредством СМС-информирования, информирования по электронной почте (если реквизиты для информирования указаны Страхователем) и в Личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика www.lk.sogaz-life.ru.

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.

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 (с разбивкой по датам оказания и Застрахованным лицам) и 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.

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), представить 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 препаратов – оригиналы или копии рецептов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные препараты;

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

Срок урегулирования требования о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных правилами или договором страхования документов, необходимых для принятия решения об осуществлении страховой выплаты.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, этот срок урегулирования требований о страховой выплате исчисляется с момента о предоставлении документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке:

- срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений;

- Страховщик обязан уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

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 патологоанатомического 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 (послесменных, 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.

10.5. 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) способом, согласованным при подаче заявления на страховую выплату. Конкретный порядок осуществления страховой выплаты указывается в страховом акте;

- если случай не признан страховым, принято решение об отказе в осуществлении страховой выплаты или выявлены предусмотренные законом основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты - направляет письмом в адрес Страхователя (Застрахованного лица) обоснование принятого решения.

10.5.3. Днём страховой выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

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

11. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

11.1. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по договору страхования, разрешаются путем переговоров.

11.2. При недостижении соглашения споры рассматриваются посредством обращения к Финансовому уполномоченному об удовлетворении требований о взыскании денежных сумм и / или в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.