

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ПРОМИНСТРАХ»
(ООО «ПРОМИНСТРАХ»)**

«УТВЕРЖДАЮ»



Генеральный директор
ООО «ПРОМИНСТРАХ»

Гладкин С.С.

«29» марта 2016 года

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МИГРАНТОВ**

г.Москва

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
5. СТРАХОВАЯ СУММА, ФРАНШИЗА
6. СРОК СТРАХОВАНИЯ
7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ
11. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
13. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Правила добровольного медицинского страхования мигрантов (далее - Правила) разработаны в соответствии с Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Гражданским кодексом Российской Федерации, иными законодательными и нормативными актами Российской Федерации и являются неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования (страхового полиса) мигрантов.

1.2. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), при наступлении предусмотренного события (страхового случая), осуществить страховую выплату и/или организовать и оплатить необходимую Застрахованному помощь в соответствии с условиями договора страхования.

1.3. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью «ПРОМИНСТРАХ», сокращенное название ООО «ПРОМИНСТРАХ» - 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 РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке.

Страхователь - страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиком договоры страхования, либо являющиеся страхователями в силу закона.

Застрахованный – физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования мигрантов, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

Договор добровольного медицинского страхования мигрантов – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется в период действия договора страхования при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному в пределах установленной страховой суммы медицинских, а также иных услуг, предусмотренных договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая за оказание Застрахованному медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и программой страхования.

Программа страхования - перечень медицинских и иных услуг в рамках договора страхования, которые будут оплачены Страховщиком при наступлении страхового случая.

Место жительства – место, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

Медицинские учреждения – имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, на территории Российской Федерации.

Сервисная компания - специализированная организация, указанная в договоре страхования (страховом полисе), которая по поручению Страховщика обеспечивает Застрахованному организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами (договором страхования).

Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по медикаментозному обеспечению.

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

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

медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Лекарственное обеспечение - оплата стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата и, при необходимости, доставка включенных в программу страхования и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственных средств.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного:

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача);

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего профильного медицинского учреждения на территории РФ.

Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством до транспортного узла, ближайшего к месту проживания Застрахованного с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного.

Репатриация останков Застрахованного осуществляется до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный.

Хронические заболевания - любая болезнь, недомогание, существующие у Застрахованного и/или известные ему на момент заключения договора страхования, требовавшие лечения до начала периода страхования или по поводу которых получены врачебные рекомендации по их лечению.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с законодательством РФ и на основании настоящих Правил ООО «ПРОМИНСТРАХ» (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования мигрантов (далее по тексту - договор страхования), на основании которых организуют предоставление и оплату медицинских и иных услуг Застрахованным по программам страхования, утвержденным Страховщиком. Настоящие Правила предназначены для определения содержания договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

2.2. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный.

2.3. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «ПРОМИНСТРАХ» (сокращенное название ООО «ПРОМИНСТРАХ»), осуществляющее, добровольное медицинское страхование мигрантов, созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности по добровольному медицинскому страхованию.

2.4. Страхователь заключает договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться:

- российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ;

- физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.

2.5. На условиях настоящих Правил, договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - иностранных граждан и лиц без гражданства.

Страховщик вправе не заключать договор страхования в отношении лиц, которые на момент заключения договора:

- моложе 5 лет;

- старше 75 лет;

- являются инвалидами первой, второй или третьей группы по любому заболеванию;

- больны синдромом приобретенного иммунодефицита или являются носителями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

- состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции;

- находятся на стационарном или амбулаторном лечении.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования мигрантов, являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их в объеме и на условиях, предусмотренных Договором и программой добровольного медицинского страхования.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

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

4.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного (или его представителя) установленным договором страхования способом, в соответствии с условиями договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования или согласованных с сервисной компанией и/или Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи, а также в случае смерти Застрахованного (репатриация). При обострении хронического заболевания Страховщик организывает и оплачивает медицинские услуги до момента установления диагноза. Посткризисные расходы на долечивание, обследование, транспортировку, репатриацию не покрываются.

4.2.1. Страховщик оплачивает:

4.2.1.1. Расходы по первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях.

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- приемы, консультации, манипуляции и оказание первичной доврачебной медицинской помощи фельдшером, акушером и другим медицинским работником со средним медицинским образованием;

- приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей (без ограничения по количеству приемов) по следующим специальностям: акушерству и гинекологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, рентгенологии, терапии, травматологии-ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии;

- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности и рецептов (за исключением льготных);

- диагностические лабораторные и инструментальные исследования:

Лабораторные: общеклинические (химико-микроскопические и гематологические); биохимические, микробиологические: микроскопия, культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования.

Инструментальные: функциональная диагностика (ЭКГ); ультразвуковая диагностика (УЗИ органов и тканей); рентгенологические исследования, эндоскопические исследования;

- процедуры, манипуляции и методы лечения:

Подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные инъекции.

Противостолбнячная и антирабическая (при наличии вакцины в медицинской организации) вакцинация при травме (в том числе при укусе).

Неотложные вмешательства, проведение малых хирургических операций выполняемые на

приеме врачом, а также манипуляции среднего медицинского персонала по назначению врача, последующие перевязки.

Услуги по неотложной стоматологической помощи оказываются в следующем объеме:

- приемы, консультации, врачей по: стоматологии хирургической, направленные на купирование острой боли;
- дентальные рентгеновские снимки;
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- хирургическая стоматология: удаление зубов (простое, сложное); разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, иссечение капюшона при перикоронарите.

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- пребывание в стационаре, питание;
- приемы, консультации врачей специалистов;
- лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические и гистологические исследования;
- инструментальные диагностические исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика; рентгенологические и эндоскопические исследования;
- процедуры, манипуляции и методы лечения: лечебные и диагностические манипуляции; консервативные методы лечения; хирургические методы лечения; реанимационные мероприятия;
- обеспечение лекарственными средствами, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;
- обеспечение медицинскими изделиями, включенными 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;
- обеспечение донорской кровью и ее компонентами;
- оформление медицинской документации.

4.2.1.2. медико-транспортные расходы (если это предусмотрено программой страхования), возникшие вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного, включая расходы:

- по медицинской транспортировке;
- по медицинской эвакуации Застрахованного в страну постоянного проживания;
- по посмертной репатриации тела.

Медицинская транспортировка, при отсутствии противопоказаний, медицинская эвакуация и посмертная репатриация организуются только при наличии заключения врача, назначенного Страховщиком или Сервисной компанией на основании документов, предоставленных лечащим врачом или медицинским учреждением.

4.3. Не признаются страховыми случаями, если иное не предусмотрено договором страхования,

- внезапные острые заболевания, состояния, обострение хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни для Застрахованного и требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме;

- синкопальные состояния и события, имеющие прямую причинно-следственную связь с такими состояниями;

- патологические состояния и травмы, возникшие у Застрахованного 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 умышленных противоправных действий;

- покушение Застрахованным на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- умышленное причинение себе телесных повреждений Застрахованным;

- 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, саркоидоз, муковисцидоз 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);

- сахарный диабет;

- хроническая почечная и печеночная недостаточность;

- заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования;

- бронхопатия, апноэ во сне;

- ожирение;

- лучевая болезнь;

- гепатиты вирусной этиологии, хронические гепатиты алиментарного, токсического и аутоиммунного генеза;

- врожденные аномалии и пороки развития;

- наследственные и генетические заболевания;

- псориаз, глубокий микоз;

- аллергические реакции (реакции гиперчувствительности), атопические заболевания и им подобные, не требующие неотложной помощи;

- психические заболевания, органические психические расстройства (включая симптоматические), эпилепсия, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

- заболевания сердечно-сосудистой системы, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств, требующие сложного и/или реконструктивного оперативного лечения (кардиохирургического, нейрохирургического и т.п.);

- другие заболевания и случаи, указанные в программе страхования.

4.4. Страховщик не возмещает расходы (если иное не предусмотрено договором страхования) на:

- медицинские услуги, не назначенные врачом;

- обследования с целью выдачи или продления личных медицинских книжек, социальная экспертиза; услуги, связанные с оформлением справок для вождения транспортных средств, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, для поступления в учебные учреждения (если иное не предусмотрено договором страхования);

- оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи;

- профилактические и оздоровительные мероприятия, иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;

- медицинские услуги, связанные с беременностью, осложнением беременности, родовспоможение;

- диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, включая лечение заболеваний волос, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов;

- диагностические и лечебные мероприятия, связанные с лазерной коррекцией зрения, аппаратные методы лечения в офтальмологии, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);

- методы нетрадиционной диагностики и терапии;

- лечение средствами природного происхождения;

- традиционные системы оздоровления;

- аппаратную диагностику в офтальмологии: НРТ (ретиальная томография), пахиметрия, визоконтрастопериметрия;

- трансплантологию;

- догоспитальное обследование;

- экстракорпоральные методы лечения;
- робот-ассистированные операции;
- индивидуальный медицинский пост;
- физиотерапевтическое и восстановительное лечение, включая восстановительное аппаратное лечение нарушений двигательной функции костно-мышечной системы;
- зубопротезирование и подготовка к нему, съемные и фиксированные протезы, костные трансплантаты, имплантация зубов;
- ортодонтические виды лечения;
- помощь на дому;
- очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства: протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, сетки, петли, мочеточниковые стенты; металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы; кардиостимуляторы, стенты, баллоны, проводники для проведения ангиопластики и стентирования, полимерные фиксирующие повязки, туторы, ортезы, брейсы;
- расходы на МРТ и КТ, не согласованные с Сервисной компанией или Страховщиком.

4.5. Не оплачиваются расходы:

- возникшие после окончания срока действия договора страхования, кроме расходов по стационарному лечению Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования. В этом случае Страховщик несет ответственность до момента выписки Застрахованного из стационара в пределах страховой суммы, но не более чем 10 дней после окончания срока действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования;
- в связи с телесными повреждениями, полученными в результате участия Застрахованного в скачках, автогонках, управления им летательными аппаратами;
- вызванные несчастными случаями, произошедшими в результате занятий физкультурой и спортом, за исключением несчастных случаев, предусмотренных договором страхования с применением повышающего коэффициента от 1,1 до 5,0 к базовому тарифу в зависимости от степени риска и определения размера страховой премии. Страховщик не оплачивает расходы, связанные с оказанием медицинской помощи Застрахованному из числа спортсменов, если такая помощь была оказана или могла быть оказана врачом команды, или обеспечена организаторами соревнований или сборов;
- по стационарному лечению, на которое не было получено согласия Сервисной организации перед тем, как было начато лечение, транспортные расходы (в том числе расходы по посмертной репатриации), не санкционированные Сервисной организацией;
- имевшие место после возвращения в страну постоянного места проживания;
- вызванные автотранспортной аварией, если Застрахованный управлял средством транспорта, не имея водительских прав, или передал управление лицу, не имеющему водительских прав;
- связанные с любой транспортировкой, не организованной Сервисной компанией или Страховщиком;
- на ритуальные услуги (погребение) на территории страны постоянного проживания Застрахованного.

5. СТРАХОВАЯ СУММА, ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

5.3. Страховщик вправе разрабатывать программы страхования, исходя из набора страховых рисков, оказываемых услуг, размера страховой суммы, срока действия договора страхования, территории страхования и иных критериев.

5.4. После осуществления страховой выплаты страховая сумма (лимит ответственности), предусмотренная договором страхования, уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты по соответствующему риску.

5.5. Страховщик обязан уведомить Страхователя (Застрахованного) об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000,00 (Десять тысяч) рублей.

5.6. По заявлению Страхователя с согласия Страховщика Стороны могут письменно оформить дополнительное соглашение к договору страхования при восстановлении (увеличении) страховой суммы (лимита ответственности).

При включении в договор страхования ранее не включенных страховых рисков, предусмотренных настоящими Правилами, Страхователь (Застрахованный) дополнительно оплачивает страховую премию.

5.7. Затраты на лечение или другие расходы, связанные с наступлением страхового случая, возмещаются Страховщиком в пределах страховой суммы (лимита ответственности), предусмотренной договором страхования.

5.8. В договоре страхования может быть установлена франшиза, если это не противоречит действующему законодательству РФ.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

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

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы, не противоречащие действующему законодательству РФ.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное. Даты начала и окончания срока действия договора указываются в договоре страхования.

Срок действия договора для иностранных граждан и лиц без гражданства, въезжающих в Российскую Федерацию с целью работы, определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

6.2. Договор страхования вступает в силу с 00:00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса), если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

6.3. Страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора в силу.

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

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС

7.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

7.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению Сторон.

7.3. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы,

определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска.

7.4. При заключении договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом перечня и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности Застрахованных, результатов предварительного медицинского освидетельствования, способа и периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных договором страхования.

7.5. При заключении договора страхования с целью определения размера подлежащей уплате страховой премии (страхового взноса) Страховщик может предложить Застрахованному (Страхователю) заполнить анкету. Страховщик имеет право направить Застрахованного на прохождение предварительного медицинского освидетельствования в объеме, необходимом для определения условий договора страхования. Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

7.6. При отказе Застрахованного от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении данного Застрахованного.

7.7. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия договора страхования) или в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в договоре страхования. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами Страховщику (его представителю) или перечислена на счет Страховщика (его представителя) путем безналичного расчета.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) путем безналичных расчетов признается, если иное не предусмотрено договором страхования, день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) наличными денежными средствами признается день уплаты страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика.

7.8. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу договору страхования в предусмотренные договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом в случае такого отказа Страхователя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить страхование (договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения договора страхования.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством РФ договор страхования может включать изменения, дополнения к настоящим Правилам и/или исключения из них. При расхождении положений настоящих Правил с положениями договора страхования, применяются соответствующие положения договора страхования, если это не противоречит законодательству РФ.

8.2. Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

8.2.1. Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя - юридического лица и потенциальных Застрахованных Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

8.2.1.1. 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.

8.2.1.2. Информацию о Застрахованном:

- 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 мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого 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)).

8.2.2. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальными и действующими на момент заключения договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного.

8.2.3. В случае если представленные документы не содержат информации, предусмотренной п.8.7 настоящих Правил страхования, необходимой для оценки риска и принятия на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения договора страхования, а также проводить экспертизу представленных документов.

8.2.4. В случае отказа Страхователя от предоставления запрашиваемых документов и данных, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования, либо в принятии на страхование лица, в отношении которого запрошенные Страховщиком документы не были представлены.

8.3. 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 (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2. ст.179 ГК РФ.

8.4. Факт заключения договора страхования удостоверяется путем подписания одного документа - договора страхования и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса установленной формы, подписанного Страховщиком, с приложением программ страхования.

8.5. 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) либо на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю настоящих Правил при заключении договора страхования должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

8.6. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Перечень, медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

8.7. Договор страхования должен содержать:

8.7.1. для Страхователей - юридических лиц:

- наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты Страховщика и Страхователя, список Застрахованных с указанием ФИО, даты рождения, паспортных данных;

8.7.2. для Страхователя - физического лица:

- ФИО, паспортные данные Страхователя, список Застрахованных с указанием ФИО, даты рождения, паспортных данных;

8.7.3. для всех договоров страхования - срок действия договора страхования, программы страхования, страховую сумму, сроки и порядок внесения страховой премии и иные, не противоречащие законодательству РФ, условия.

8.8. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать страховой полис другому лицу с целью получения им услуг по договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в договоре страхования в качестве Застрахованных.

8.9. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного) выдает его дубликат. На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный страховой полис считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг, предусмотренных договором страхования.

8.10. В случае досрочного прекращения действия договора страхования страховые полисы возвращаются Страховщику.

8.11. Договор страхования прекращается, и Страховщик прекращает предоставление услуг по договору страхования:

8.11.1. при истечении срока действия договора страхования;

8.11.2. в случае смерти Застрахованного (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного) – в отношении умершего Застрахованного, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

8.11.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

8.11.4. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;

8.11.5. по требованию Страхователя в любое время;

8.11.6. по соглашению Сторон;

8.11.7. неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу договору страхования в полном размере в установленный настоящими Правилами или договором страхования срок;

8.11.8. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

8.12. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.13. Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит:

8.13.1. по окончании срока действия договора страхования;

8.13.2. при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя;

8.14. Возврат страховой премии (страховых взносов) при досрочном прекращении договора страхования производится в соответствии с условиями договора страхования и законодательством РФ.

8.15. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

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

8.17. Изменение условий договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью договора страхования. Если одна из Сторон не согласна на внесение изменений в договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. выбирать программы страхования в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

9.1.2. по согласованию со Страховщиком изменять перечень страховых рисков, программ страхования, размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;

9.1.3. вносить изменения в список Застрахованных путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

9.1.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

9.1.5. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от договора страхования в любое время.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. при заключении договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

9.2.2. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях договора страхования, Правилах и программах страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

9.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные договором страхования;

9.2.4. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

9.2.5. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

9.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

9.2.7. получить от Застрахованных и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного на использование и предоставление персональных данных Застрахованного и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по договору страхования.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящих Правил и договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

9.3.2. при заключении договора страхования потребовать заполнения Страхователем (Застрахованным) анкет и/или проведения предварительного медицинского освидетельствования;

9.3.3. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного информацию о персональных данных Застрахованного и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по договору страхования.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

9.4.2. выдать страховые полисы Застрахованным (непосредственно или через Страхователя) при заключении договора страхования;

9.4.3. организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным в соответствии с договором страхования;

9.4.4. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями договора страхования;

9.4.5. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного договора страхования при наступлении страхового случая;

9.4.6. соблюдать тайну страхования.

9.4.7. по требованиям страхователей, Застрахованных, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования.

9.5. Застрахованный имеет право:

9.5.1. получать услуги в соответствии с программой страхования;

9.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям договора страхования, о порядке предоставления медицинских и иных услуг;

9.5.3. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по договору страхования;

9.5.4. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты.

9.6. Застрахованный обязан:

9.6.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;

9.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

9.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных;

9.6.4. предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования;

9.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

9.6.6. при наступлении страхового случая Застрахованный (или его представитель) должен незамедлительно по телефонам, указанным в страховом полисе, сообщить в Сервисную компанию или Страховщику следующую информацию:

- фамилию и имя Застрахованного;

- номер страхового полиса;

- подробное описание обстоятельства страхового случая;

- местонахождение Застрахованного;

- контактный телефон.

9.6.7. выполнять рекомендации Сервисной компании и/или Страховщика;

9.7. Все права и обязанности по договору страхования Застрахованных в возрасте до 18 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.

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

9.9. Права и обязанности Сторон по использованию персональных данных.

Страхователь, заключивший договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования

убытков по договору, администрирования договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, число и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

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

Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено договором страхования).

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

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

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ

10.1. Для получения услуг по договору страхования, Застрахованный должен обратиться в Сервисную компанию или к Страховщику по указанным в полисе телефонам для организации и предоставления медицинской помощи (медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования). Страхователь (Застрахованный) вправе самостоятельно обратиться за медицинской помощью и оплатить расходы, предусмотренные программой страхования, без согласования с Сервисной компанией или Страховщиком в пределах 3000,00 (Трех тысяч) рублей.

10.1.1. В случаях, когда Застрахованный по объективным причинам не мог связаться с Сервисной компанией или Страховщиком до оказания медицинской или иной помощи Застрахованный (или его представитель) должны при первой возможности уведомить Сервисную компанию или Страховщика о произошедшем событии.

10.2. Оказание услуг Застрахованному осуществляется при предъявлении им страхового полиса и документа, подтверждающего личность Застрахованного.

10.4. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные договором страхования и выбранными программами страхования.

10.5. Выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через

поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную) организацию по их счетам.

Сроки и порядок принятия решения о страховой выплате и сроки осуществления страховой выплаты по договору страхования за оказанную медицинскую помощь или иные услуги Застрахованным, а также оплате лекарственных средств или изделий медицинского назначения определяются условиями договоров с медицинским и/или иными учреждениями, аптечными (или иными) организациями.

10.6. Если Страхователь (Застрахованный) самостоятельно оплатил расходы за оказанную медицинскую и иную помощь, то он должен обратиться к Страховщику с заявлением на выплату компенсации понесенного ущерба не позднее 30 дней с момента страхового случая и приложить к заявлению оригиналы всех документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер ущерба (страховой полис, медицинские отчеты, справки, оригиналы рецептов,

выписанных врачом в связи с данным заболеванием, со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента, оплаченные счета лечебных учреждений, аптек, все документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы), с разбивкой по дате и оплаченной сумме, и т.д.). В случае непредставления Застрахованным указанных выше документов, Страховщик имеет право признать требование о компенсации понесенных расходов необоснованным. Документы должны быть предоставлены Страховщику в оригинале. Для возмещения расходов Страховщик принимает только оплаченные счета. При предъявлении неоплаченных счетов Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику письменное объяснение. Неоплаченные счета, полученные Страхователем (Застрахованным) по почте, должны быть предоставлены Страховщику в течение 10-ти рабочих дней с момента их получения.

В случае, если вышеуказанные затраты Страхователя (Застрахованного) превысили сумму 3000,00 (Три тысячи) рублей и Застрахованный или его представитель не уведомили Сервисную компанию или Страховщика о произошедшем страховом случае и не согласовал самостоятельную оплату расходов, Страховщик вправе ограничить страховую выплату суммой 3000,00 (Три тысячи) рублей, если иные условия не предусмотрены договором страхования.

10.7. В случае отказа Страхователя (Застрахованного) от предоставления запрашиваемых документов, Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной предоставленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате.

10.8. Страховая выплата Застрахованному производится на основании страхового акта, технической и/или медицинской экспертизы страхового случая утвержденных Страховщиком.

Страховщик составляет и утверждает страховой акт в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка.

Страховая выплата производится Застрахованному в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после утверждения страхового акта Страховщиком.

10.9. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

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

10.11. Страховой акт не составляется, если при проверке заявления Страхователя (Застрахованного) установлено, что заявленный убыток наступил не в результате страхового события. В этом случае Страховщиком и Страхователем в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия такого решения (решение принимается в пределах срока, предусмотренного настоящими Правилами для составления страхового акта) составляется документ произвольной формы, в котором указываются причины, по которым страховой акт не был составлен, или

Страховщик направляет Страхователю в тот же срок письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в выплате страхового возмещения.

11. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

- если лицо, предъявившее требование о страховой выплате, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц;
- если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;
- если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного договором страхования;
- если наступившие событие и (или) убыток исключены из страхования (в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования);
- если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;
- если не выполнены какие-либо условия по осуществлению страховой выплаты, предусмотренные настоящими Правилами;
- если убыток возмещен третьими лицами;
- в случае непредставления Страхователем/Застрахованным документов по факту заявленного события, в той части страховой выплаты, которая не подтверждена документально.

11.2. Во всех случаях Страховщик не оплачивает медицинские и/или иные услуги, которые являются по характеру экспериментальными или исследовательскими или были оказаны по желанию Застрахованного, но вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

12.1. Ответственность Страховщика.

12.1.1. В случае необоснованного отказа медицинского учреждения, сервисной компании или иного учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного), принимает меры для организации предоставления необходимых услуг в объеме, предусмотренном договором страхования.

12.1.2. Обоснованность претензий Застрахованного определяется экспертной комиссией, состоящей из представителей Страховщика, Страхователя (Застрахованного) и медицинского учреждения (сервисной компании или иного учреждения), а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

12.1.3. В случае причинения медицинским или иным учреждением вреда здоровью Застрахованного Страховщик принимает возможные меры в соответствии с законодательством РФ по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному.

12.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного.

12.2.1. За нарушение лечебного режима, неявку без предварительного уведомления на заранее согласованные с медицинским или иным учреждением процедуры, приемы врачей и другие услуги Застрахованный (Страхователь) обязан возместить Страховщику связанные с этим расходы, в том числе на оплату соответствующих штрафных санкций медицинскому или иному учреждению.

12.3. В случае невозмещения Страхователем (Застрахованным) Страховщику расходов, понесенных им в результате действий Страхователя (Застрахованного) в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, в течение 30 дней с момента выставления Страховщиком соответствующего счета, страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, не распространяется на страховые случаи, произошедшие по истечении указанного срока; кроме того, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказать

от исполнения обязательств по договору страхования, уведомив Страхователя о данном решении. В последнем случае возврат части страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, не производится.

12.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому договору страхования становится невозможным.

13. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

13.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.