

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от «07» декабря 2018 г. № ПР-УПС/04-01-01-01-11/0110-1

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ № 0058.СЛ.05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0058.СЛ.05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «договоры страхования») со Страхователями.

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. приложениях к Правилам страхования) и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (включая приложения) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю. При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде.

Приложения к Правилам страхования являются их неотъемлемыми частями.

1.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также вправе утверждать разработанные на основании настоящих Правил условия страхования для отдельного договора страхования или группы договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.4. В настоящих Правилах страхования и договорах страхования, которые заключены на основании настоящих Правил, термины используются в значении, установленном настоящим разделом и приложениями к Правилам страхования.

1.4.1. **Врач-специалист** – специалист, имеющий высшее медицинское образование и получивший специальную подготовку по какой-либо области медицины, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

1.4.2. **Заболевание (болезнь)** – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов, не относящихся к несчастным случаям, нарушение деятельности организма Застрахованного лица, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма Застрахованного лица, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования или (при условии, что это предусмотрено договором страхования) диагностированное Застрахованному лицу до заключения договора страхования, при условии что Страховщик был уведомлен о наличии у Застрахованного лица такого заболевания при заключении договора страхования.

По соглашению Сторон в договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень заболеваний (болезней).

1.4.3. Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты в пределах страховой суммы, установленный Правилами страхования и(или) договором страхования (в т.ч. в программе добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования). Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней и т.п.) в том числе по отдельным видам медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям.

1.4.4. Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний (а также на снижение степени и/или устранение опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз), их диагностику и лечение, медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение, а также лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе(-ах) добровольного медицинского страхования, прилагаемой(-ых) к договору страхования.

1.4.5. Иные услуги - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по транспортировке, в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в программе(-ах) добровольного медицинского страхования, прилагаемой (-ых) к договору страхования.

1.4.6. Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии выданной в порядке, установленном законодательством страны, где оно располагается (если применимо), а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной деятельностью медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.4.7. Фармацевтическая организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в порядке, предусмотренном действующим законодательством, фармацевтическую деятельность. К фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность. В целях настоящих Правил страхования к фармацевтическим организациям относятся также организации и индивидуальные предприниматели, реализующие изделия медицинского назначения.

1.4.8. Сервисная компания (Ассистанс-компания) – специализированная организация, привлекаемая Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

1.4.9. Программа добровольного медицинского страхования – документ, являющийся неотъемлемой частью договора страхования, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также могут быть указаны порядок их оказания и иные положения (условия), предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.

1.4.10. **Срок страхования** – период времени, определяемый договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами страхования и договором страхования.

1.4.11. **Страховая сумма** - денежная сумма, установленная договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.4.12. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования и/или настоящими Правилами страхования.

1.4.13. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, в соответствии с условиями договора страхования.

1.4.14. **Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

1.4.15. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.4.16. **Платежное поручение** – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты страховой премии / первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку), который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4.17. **Полисный год** – полный год действия договора страхования. Отсчет лет ведется с даты вступления договора страхования в силу.

1.5. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страхование, обусловленное договором страхования, действует 24 часа в сутки.

1.6. Договором страхования может быть предусмотрена территория страхования, на которой Застрахованным лицом могут быть получены медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующей программой добровольного медицинского страхования. В качестве территории страхования может быть предусмотрена территория Российской Федерации (или ее часть) и/или территория иных(-ого) государств(-а) (или их (его) части) и/или иная территория, определенная в договоре страхования как территория страхования. В договоре страхования (в том числе в программе добровольного медицинского страхования) может быть указан конкретный перечень медицинских организаций (фармацевтических организаций, иных организаций), привлекаемых Страховщиком для оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу, и/или государство(-а), на территории которых находятся такие организации.

2. Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом 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, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном программой добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в договоре страхования.

2.2. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации и

осуществляющее деятельность по страхованию на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.3. Страхователь – дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо (как эти термины определены законодательством Российской Федерации), заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.5. Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен договор страхования.

2.6. Выгодоприобретателями являются Застрахованные лица.

2.7. Договор страхования по настоящим Правилам страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующим категориям:

2.7.1. лица, возраст которых на дату окончания срока действия договора страхования составляет 75 (семьдесят пять) лет и более;

2.7.2. лица, находящиеся на дату заключения договора страхования на стационарном лечении;

2.7.3. лица, на дату заключения договора страхования, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы;

2.7.4. лица, имеющие на дату заключения договора страхования любое из следующих заболеваний и/или состояний и/или связанные с ним(-и) осложнения:

- синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительство вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

- туберкулез;

- психические расстройства и/или расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;

- злокачественные новообразования (злокачественные опухоли, включая лейкемию, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, саркомы);

2.7.5. лица, состоящие на учете в наркологическом и/или онкологическом и/или психоневрологическом диспансерах;

2.7.6. инвалиды 1, 2, 3 группы, дети-инвалиды (категория ребенок-инвалид) или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу.

2.8. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

2.9. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.7 настоящих Правил. Для отдельных групп единообразных договоров страхования или перед заключением конкретного договора страхования Страховщик по результатам оценки страхового риска имеет право принять решение о заключении договора(-ов) страхования в отношении физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.7 настоящих Правил, на стандартных условиях.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Договоры страхования по настоящим Правилам страхования могут быть заключены с ответственностью по страховому(-ым) риску(-ам) из числа следующих:

3.1.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Лечение злокачественного онкологического заболевания» вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния

Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (также именуется **«Лечение злокачественного онкологического заболевания»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами страхования и/или договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Лечение злокачественного онкологического заболевания», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

3.1.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также именуется **«Второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами страхования и/или договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

3.1.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также именуется **«Чек-ап»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами страхования и/или договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование указывается в договоре страхования. Если по договору страхования несколько Застрахованных лиц, то в отношении разных Застрахованных лиц договором страхования может быть предусмотрено страхование по различным страховым рискам из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.2.1. при страховании по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 - 3.1.3 Правил страхования, Стороны при заключении договора страхования могут договориться об изменении объема медицинских услуг и иных услуг, профилактических мероприятий, указанных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования (в том числе об уменьшении (увеличении) перечня медицинских и (или) иных услуг), об изменении областей медицины, об исключении (включении) отдельных заболеваний (состояний), при которых Страховщик организует оказание медицинских услуг и иных

услуг и оплачивает такие услуги, о сокращении (увеличении) перечня специалистов, проводящих консультации);

3.3. Датой наступления страхового случая по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 - 3.1.3 настоящих Правил страхования признается:

- дата обращения Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных Страховщиком за организацией и/или оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования;

- дата обращения Застрахованного лица и/или иного лица в интересах Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую и/или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих экстренного оказания таких услуг.

3.4. Не признаются страховыми случаями и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских услуг и иных услуг (исключения из страхования) по страховому риску, указанному в п. 3.1.1 настоящих Правил страхования:

3.4.1. в связи с заболеваниями и состояниями, не предусмотренными договором страхования (программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования);

3.4.2. не предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания, или выполняемых по желанию Застрахованного лица;

3.4.3. оказанных Застрахованному лицу в медицинских и/или иных организациях, не предусмотренных в договоре страхования, и/или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

3.4.4. необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;

3.4.5. в связи с заболеванием и/или состоянием, диагностированным (установленным) Застрахованному лицу до начала срока страхования или диагностированным (установленным) после окончания срока страхования (в т.ч. досрочного);

3.4.6. в связи со злокачественным новообразованием (злокачественной опухолью, включая Саркому Капоши), протекающим на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа;

3.4.7. в связи с туберкулезом независимо от клинической формы и стадии;

3.4.8. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных Хельсинкской комиссией и/или другими профильными объединениями/организациями, заменяющими Хельсинкскую комиссию;

3.4.9. направленных на распознавание (диагностику) состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных в договоре страхования (в программе добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования);

3.4.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

3.4.11. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями.

3.4.12. в связи с хирургическими операциями по трансплантации органов (их долей), в случаях:

3.4.12.1. если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками;

3.4.12.2. если необходима трансплантация органов, не предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования;

3.4.12.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

3.4.12.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

3.4.12.5. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени.

3.5. Не признаются страховыми случаями по страховому риску, указанному в п. 3.1.2 настоящих Правил страхования, (исключения из страхования):

3.5.1. обращение Застрахованного лица для организации оказания медицинских услуг и иных услуг, не предусмотренных договором страхования (в т.ч. программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования);

3.5.2. обращение Застрахованного лица за организацией услуг, предусмотренных договором страхования (в т.ч. программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования), если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение).

3.6. Не признаются страховыми случаями по страховому риску, указанному в п. 3.1.3 настоящих Правил страхования, (исключения из страхования) обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг:

3.6.1. не предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования;

3.6.2. в медицинские и/или иные организации, не предусмотренные в договоре страхования, и/или выбор которых не был согласован со Страховщиком.

3.7. По соглашению между Страхователем и Страховщиком в договоре страхования (в том числе в программе добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования) может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п.п. 3.4 - 3.6 настоящих Правил страхования, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными исключениями из страхования. Также при заключении договора страхования Стороны могут договориться о неприменении оснований освобождения Страховщика от страховой выплаты, указанных в п.п. 9.1.1 – 9.1.4 настоящих Правил страхования.

4. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия и порядок ее уплаты

4.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем. Страховая сумма или порядок ее определения указывается в договоре страхования. В договоре страхования, заключенном в отношении нескольких Застрахованных лиц, страховая сумма может устанавливаться отдельно в отношении каждого Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.2. Страховая сумма может устанавливаться по каждому страховому риску, а также совокупно (единой) по всем/отдельным страховому(-ым) риску(-ам).

4.3. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте. По соглашению Сторон страховая сумма в договоре страхования может быть установлена в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (далее также – «страхование в эквиваленте»), при этом сумма определяется по официальному курсу

Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в договоре страхования.

4.4. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению Сторон.

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, и иных факторов Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.5. Страховая премия может оплачиваться единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и сроки, установленные договором страхования.

При «страховании в эквиваленте» страховая премия (страховые взносы при оплате в рассрочку) оплачивается в российских рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату платежа, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в договоре страхования.

4.6. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии, при неоплате страховой премии или первого страхового взноса (при оплате в рассрочку) в полном объеме и до истечения срока, указанного в Страховом полисе, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

4.7. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии, в случае если оплата второго или любого другого последующего очередного взноса просрочена (при оплате в рассрочку), Страховщик имеет право уменьшить объем страховой ответственности (страховую сумму, перечень оказываемых услуг) по согласованию со Страхователем в соответствии с уплаченной частью страховой премии или отказаться от исполнения Договора страхования в одностороннем порядке (т.е. заключение отдельного соглашения Сторон не требуется), направив соответствующее письменное уведомление Страхователю с указанием даты, с которой Договор страхования будет считаться расторгнутым (прекращенным). Страховщик имеет право в таком уведомлении предусмотреть, что договор будет считаться расторгнутым (прекращенным) с даты, указанной в уведомлении, если до этой даты не будет внесен очередной страховой взнос, внесение которого было просрочено или произведено не в полном объеме.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса).

4.8. Если иное не предусмотрено договором страхования датой оплаты страховой премии/страхового взноса Страхователем является:

4.8.1. при платеже путем безналичных расчетов – дата списания денежных средств со счета Страхователя для их перечисления на расчетный счет Страховщика;

4.8.2 при наличных формах расчетов - дата внесения платежа в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

4.9. Страховщик оставляет за собой право уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) и / или о факте прекращения договора страхования по основанию, указанному в подп. 7.1.3. настоящих Правил страхования.

При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, и/или иным информационным источникам, указанным в подп. 6.1.3, п. 6.9 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

5. Срок действия договора страхования. Срок страхования

5.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.

Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования за исключением случаев, предусмотренных в п. 5.2 настоящих Правил страхования.

Срок действия договора страхования устанавливается посредством указания даты вступления договора страхования в силу и даты окончания действия договора страхования и/или посредством указания периода времени.

5.2. Если договор страхования заключается в порядке, предусмотренном в п. 6.1.3 настоящих Правил страхования, то договором страхования может быть предусмотрено, что срок действия договора страхования определяется по соглашению Сторон путем выбора Страхователем одного из вариантов данного условия, предложенных Страховщиком и содержащихся в договоре страхования. Срок действия договора страхования указывается в Платежном поручении.

5.3. Договор страхования вступает в силу с даты, предусмотренной договором страхования, при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса (при уплате в рассрочку) в размере и в срок, установленные договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен договором страхования.

5.4. Срок страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в договоре страхования.

Срок страхования может определяться посредством указания в договоре страхования даты его начала и даты окончания и/или периодом времени.

Соглашением Сторон могут предусматриваться разные сроки начала и / или окончания страхования для каждого или отдельных страховых рисков.

Срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его окончание (досрочное прекращение).

При этом досрочное прекращение действия договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам, предусмотренным договором страхования.

6. Порядок заключения и изменения договора страхования

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

6.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах, если иное количество экземпляров не предусмотрено договором страхования;

6.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования/оплатой страховой премии (первого страхового взноса). Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи

уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика;

6.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Для заключения договора страхования и дальнейшего его исполнения Страховщику должны быть предоставлены:

6.2.1. Заполненное заявление по установленной Страховщиком форме (кроме случаев, когда договор страхования заключается на основании устного заявления), а также приложения и дополнения к нему (в т.ч. по установленной Страховщиком форме), если они предусмотрены.

6.2.2. Сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя/Застрахованное лицо, а также их представителей (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.); документы, удостоверяющие личность, для физических лиц; документы о государственной регистрации; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки), и учредительные документы для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки), и др.).

6.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения/протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.

6.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

6.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.6. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).

6.2.7. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.8. Декларация относительно Застрахованного лица (если предусмотрена).

6.2.9. Сведения и / или документы, необходимые для исполнения договора страхования (например, мобильный или другой контактный номер телефона, адрес электронной почты).

6.2.10. Сведения и / или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, в сфере осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами).

6.3. Страховщик при заключении договора страхования вправе производить оценку страхового риска в связи с чем он может:

6.3.1. Запросить у лица, имеющего намерение заключить договор страхования, следующие сведения в отношении потенциального Застрахованного лица:

- возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете;
- сведения о наличии психических заболеваний и расстройств;
- сведения о прошлых и / или имеющихся диагностированных заболеваниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и / или имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации), сведения о направлении потенциального Застрахованного лица на прохождение медицинского обследования в связи с подозрением на наличие у него заболевания, сведения о наличии нарушений состояния здоровья потенциального Застрахованного лица;
- сведения, связанные с беременностью (для женщин);
- сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности, категории «ребенок-инвалид» или о направлении на прохождение медико-социальной экспертизы);
- сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о выполнении опасных работ, о прохождении военной или гражданской службы, наличии командировок (место, продолжительность и пр.));
- сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью и (или) нахождением под следствием и (или) нахождением в местах лишения свободы, сведения о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере);
- сведения о принимаемых медицинских препаратах;
- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т. ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств));
- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
- сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);
- сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
- сведения о наличии / отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников потенциального Застрахованного лица (в том числе, умерших);
- сведения об иждивенцах;
- сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль).

6.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья, в том числе в медицинской организации, определенной Страховщиком или в медицинской организации по выбору потенциального Застрахованного лица, при условии, что она предварительно согласована со Страховщиком, и предоставления Страховщику документа, выданного медицинской организацией по результатам такого медицинского осмотра/обследования. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком.

6.4. Форма представления указанных в п. 6.2. и п. 6.3. документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 6.2 и п. 6.3. настоящих Правил страхования перечень сведений и документов, необходимых для заключения договора страхования, оценки страховых рисков, является исчерпывающими. При этом, Страховщик вправе сократить перечень документов и / или сведений или принять взамен иные документы и / или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем.

6.5. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или информации, предоставленной Страхователем (в том числе для заключения договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

6.6. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

Если лицом, имеющим намерение заключить договор страхования/ потенциальным Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 6.2 и п. 6.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет лицо, имеющее намерение заключить договор страхования.

6.7. Страховщик может отдельно оговаривать в договоре страхования положения, по которым должно быть достигнуто соглашение Сторон, и которые в этой связи будут считаться существенными условиями договора страхования. При несоблюдении данных положений договор страхования будет считаться незаключенным и страховые выплаты по нему не будут производиться.

6.8. Если Страхователь письменно не заявил об ином, подписание Страхового полиса, составленного на бумажном носителе, Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика.

Если Страхователь письменно не заявил об ином, подписание Страховщиком документов, составленных на бумажных носителях в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

6.9. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения договора страхования, должны производиться в письменной форме по следующим адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах (иных информационных источниках):

6.9.1. о Страховщике – в договоре страхования;

6.9.2. о Страхователе – в договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик может вести согласно п. 6.5. настоящих Правил страхования (при наличии);

6.9.3. о Сторонах – в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных не уведомлением/ несвоевременным уведомлением.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т.ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

6.10. Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) сообщения (в т. ч. предусмотренные подп. 10.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

6.11. Стороны вправе вносить в договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Внесение изменений в договор страхования осуществляется в форме и порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

6.12. В случае утери договора страхования, заключенного в порядке, предусмотренном в подп. 6.1.1 или 6.1.2 настоящих Правил страхования, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр договора страхования считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

В случае заключения договора страхования в порядке, предусмотренном в подп. 6.1.2 Правил страхования, при обращении Страхователя по вопросам выдачи дубликата Страховщик вправе потребовать представления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя, и не осуществлять выдачу дубликата без удовлетворения Страхователем данного требования.

6.13. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов / сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т. ч. случаи и порядок создания и отправки, указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства и указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7. Порядок прекращения договора страхования

7.1. Действие договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

7.1.1. при исполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

7.1.2. при одностороннем отказе Страхователя от договора страхования после его вступления в силу. При этом дата прекращения (последний день действия) договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30-й

(тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.3 Правил страхования.

7.1.3. по инициативе Страховщика на основании п. 4.7 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты окончания оплаченного периода действия договора страхования. В случае прекращения (расторжения) договора страхования по этой причине Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору страхования;

7.1.4. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В частности, в случае смерти единственного Застрахованного лица по договору страхования;

7.1.5. по соглашению Сторон. При этом, договор страхования прекращается с даты, указанной в соответствующем соглашении Сторон;

7.1.6. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п. 7.1.5 настоящих Правил страхования (если Стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.3. В случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному п. 7.1.4 настоящих Правил страхования, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования;

7.4. В случаях, указанных в подп. 7.1.2, 7.1.3 настоящих Правил страхования и, если иное не предусмотрено соглашением сторон страховая премия (ее часть) по заключенному договору страхования не подлежит возврату.

7.5. При одностороннем отказе Страхователя от договора страхования до его вступления в силу договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.8 Правил, в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

7.5.1. возврат денежных средств производится в рублях;

7.5.2. если страховая премия установлена договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

7.6. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

7.6.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

7.6.2. для физических лиц и индивидуальных предпринимателей - документ, удостоверяющий личность Страхователя (или его представителя);

7.6.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей и для юридических лиц);

7.6.4. Платежные документы, которые должны находиться в распоряжении Страхователя (представляются, если Страховщик не заявил об ином);

7.6.5. В случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.4, 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.7. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения договора страхования, отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

7.8. Страховщик производит возврат поступивших излишне (ошибочно) денежных средств (например, в случаях, когда договор страхования считается незаключенным вследствие несогласованности Сторонами существенных условий) лицу, совершившему платеж, на основании его письменного заявления, содержащего всю необходимую и достаточную информацию. При этом Страховщик вправе потребовать представления платежных документов по оплате подлежащей возврату суммы и не осуществлять возврат денежных средств без удовлетворения такого требования. Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления в адрес Страховщика всех необходимых документов (сведений).

8. Страховые выплаты.

8.1. По настоящим Правилам страхования размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских услуг и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования).

Если настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования (в т.ч. программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования) установлены лимиты ответственности, то страховая выплата осуществляется в пределах установленных лимитов ответственности и не может их превышать.

8.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая сумма, установленная по договору страхования в отношении конкретного Застрахованного лица, является лимитом ответственности (лимитом страхового обязательства) по всем страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом в течение каждого года действия страхования, обусловленного договором страхования.

8.3. По настоящим Правилам Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования, и производит оплату таких услуг.

В таком случае организация и оказание медицинских услуг и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением медицинских и иных организаций (в т.ч. сервисных компаний) с последующей оплатой организованных и оказанных ими медицинских услуг и иных услуг, на основании документов, предоставленных такими медицинскими и иными организациями: смет, счетов (счетов-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских услуг и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказанных медицинских услуг и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказанных услуг.

Медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качество таких услуг.

Страховщик принимает решение об оплате медицинским и иным организациям (в т.ч., сервисным компаниям) организуемых и оказываемых медицинских услуг и иных услуг, и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских услуг и иных услуг Застрахованному лицу.

8.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных договором страхования:

8.4.1. до окончания срока действия договора страхования (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в п. 8.4.2 настоящих Правил страхования;

8.4.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими услугами и иными услугами в медицинские организации или сервисные компании, из числа предусмотренных в договоре страхования и/или согласованных со Страховщиком, произошло в течение срока действия договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате определенных медицинских услуг и иных услуг в порядке предусмотренном в п. 8.3 настоящих Правил страхования, но на дату окончания срока действия договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

8.5. Перечень документов и/или сведений, необходимых для рассмотрения произошедшего события, принятия по нему решения и организации предоставления Застрахованному лицу медицинских услуг и/или иных услуг, указывается в программе добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования

9. Основания отказа в страховой выплате

9.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

9.1.1. Умысла Страхователя (Застрахованного лица).

9.1.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

9.1.3. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

9.1.4. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

9.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

9.2.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования или программе(-ах) добровольного медицинского страхования, указанной(-ых) в договоре страхования).

9.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).

9.2.3. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

9.2.4. Если за организацией оказания медицинских услуг и иных услуг обратилось лицо, не являющееся застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных договором страхования (программой(-ами) добровольного медицинского страхования, указанной(-ами) в договоре страхования).

9.2.5. Обращения Застрахованного лица за организацией оказания и оказанием медицинских услуг или иных услуг, не предусмотренных программой(-ами) добровольного медицинского страхования, указанной(-ами) в договоре.

9.2.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

10. Права и обязанности Сторон

10.1. Страховщик обязан:

- 10.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (включая приложения).
 - 10.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.
 - 11.1.3. Организовать предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг и иных услуг в объеме, предусмотренном программой(-ами) добровольного медицинского страхования согласно условиям договора страхования.
 - 11.1.4. При наступлении страховых случаев оплатить медицинские услуги и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора страхования.
 - 11.1.5. 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.
 - 11.1.6. Контролировать объём и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских услуг и иных услуг.
- 10.2. Страховщик имеет право:
- 10.2.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.
 - 10.2.2. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.
 - 10.2.3. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий договора страхования (в т.ч. сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, установления лимитов ответственности и др.).
 - 10.2.4. Осуществлять иные действия для исполнения положений договора страхования.
- 10.3. Страхователь обязан:
- 10.3.1. Уплачивать страховую премию в порядке, размере и в сроки, определенные договором страхования.
 - 10.3.2. При заключении договора страхования предоставить сведения и/или документы, необходимые для заключения договора страхования и/или оценки страхового риска.
 - 10.3.3. Незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений, предоставленных Страховщику при заключении договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.
 - 10.3.4. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по договору страхования, а также с условиями организации оказания медицинских и иных услуг.
- 10.4. Страхователь имеет право:
- 10.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки.
 - 10.4.2. Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.4.3. Требовать организации предоставления Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, предусмотренных договором страхования, медицинских услуг и иных услуг, определенных программой(-ами) добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая.

10.4.4. Получить дубликат Страхового полиса в случаях и в порядке, установленных п. 6.12 Правил страхования.

10.4.5. Досрочно расторгнуть договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика.

10.4.6. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

10.5. Застрахованное лицо обязано по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховым рискам, указанным в пунктах 3.1.1 – 3.1.3 настоящих Правил страхования:

10.5.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией, в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные договором страхования;

10.5.2. обратиться к Страховщику или в сервисную компанию (в случае, если такая компания указана в договоре страхования (в том числе, в программе(-ах) добровольного медицинского страхования) в порядке, указанном в настоящих Правилах страхования и/или в договоре страхования (в том числе, в программе(-ах) добровольного медицинского страхования) в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

10.5.3. не передавать договор страхования, пропуск в медицинские организации (если оформлялись) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

10.6. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования (включая приложения к ним) и / или договором страхования и / или действующим законодательством Российской Федерации.

10.7. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) по договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

11. Порядок разрешения споров

11.1. Все споры, возникающие между Сторонами по договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12. Персональные данные. Тайна страхования

12.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).

12.2. При обработке персональных данных Страхователя (Застрахованного лица), являющегося физическим лицом (далее – персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

12.2.1. Для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения договора страхования.

12.2.2. Для целей перестрахования Страховщиком рисков, принятых по договору страхования, и заключения, исполнения, изменения, прекращения соответствующего (-их) договора (-ов) перестрахования.

12.2.3. Для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей.

12.2.4. Для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика (в т. ч. оценки страхового риска).

12.2.5. Для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

Заключая договор страхования, Страхователь подтверждает свое ознакомление с заявленными целями обработки персональных данных.

При обработке персональных данных Страховщик обязан соблюдать безопасность и конфиденциальность обрабатываемых персональных данных, а также выполнять иные требования, предусмотренные законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Страховщик обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения выполнения указанных обязанностей. При этом Страховщик самостоятельно определяет состав и перечень мер, необходимых и достаточных для обеспечения выполнения обязанностей. В частности, Страховщик при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных