



Утверждены Приказом
Руководителя дирекции,
Главного андеррайтера дирекции
андеррайтинга
№ 47 от «05» марта 2024 г.

ПРАВИЛА
Правила добровольного медицинского страхования граждан на
территории РФ
Редакция 1.24

Санкт-Петербург
2024

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	4
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	4
4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	4
5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА.....	5
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ	6
7. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	7
9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	9
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА, СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА	10
11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	16
12. СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	17
13. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	17
14. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ	18
15. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.....	19
16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	20
Приложение:	
Приложение 1 Страховые тарифы	21

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования граждан на территории РФ (далее – Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия страхования, на которых «Совкомбанк страхование» АО (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования граждан (далее – Договоры страхования) с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями и дееспособными физическими лицами (далее – Страхователи).

1.2. Настоящие Правила предусматривают следующие виды страхования:

- медицинское страхование.

1.3. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя и Застрахованных лиц, если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и настоящие Правила приложены к нему. Факт получения Страхователем настоящих Правил должен быть удостоверен в Договоре страхования соответствующей записью, а также подписью Страхователя в Договоре страхования или иным действием Страхователя, подтверждающим факт получения Страхователем настоящих Правил.

1.4. Положения, содержащиеся в тексте Договора страхования (полиса), имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

1.5. Денежные обязательства сторон по Договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) выражаются в рублях, если Договором страхования не установлено иное. Договором страхования может быть предусмотрена оплата обязательств в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая оплате в рублях сумма определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации соответствующей валюты на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены Договором страхования.

1.6. В настоящих Правилах понятия, перечисленные ниже, имеют следующие значения:

«Договор страхования» - договор добровольного медицинского страхования граждан вместе со всеми приложениями к нему (в т.ч. заявлением о страховании, Программой страхования) и дополнительными соглашениями.

«Медицинская помощь» - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья Застрахованных лиц и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

«Медицинские услуги» - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

«Телемедицинские технологии» - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными лицами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционное медицинское наблюдение за состоянием здоровья Застрахованного лица.

«Программа добровольного медицинского страхования» (далее – Программа страхования) - перечень медицинских и иных услуг, а также медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо в соответствии с условиями Договора страхования может получить медицинские и (или) иные услуги. Программа страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования.

«Лекарственная помощь» - предоставление Застрахованному лицу фармацевтической организацией или иной организацией, которая вправе реализовывать лекарственные средства и изделия медицинского назначения, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, назначенных ему лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования (Программой страхования) в связи с событием, предусмотренным п.4.3 настоящих Правил.

«Иные услуги» - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Договор страхования (Программу страхования), в том числе:

- сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и т.п.);

- питание и проживание (нахождение) при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня);

- оформление медицинским учреждением различной медицинской документации;

- услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях;

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

- медико-транспортные услуги (услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования (Программы страхования));

- услуги по репатриации (услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица или останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования (Программой страхования)).

«Медицинская организация» - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на

основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

«**Фармацевтическая организация**» - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, осуществляющее фармацевтическую деятельность.

«**Ассистанская (сервисная) организация**» - юридическое лицо, осуществляющее сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика.

«**Иная организация**» - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель (кроме фармацевтических организаций), производящее и осуществляющее продажу товаров, выполнение работ и оказание услуг медицинского характера (в том числе торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием и т.п.).

1.7. Если значение какого-либо понятия (термина) специально не оговорено настоящими Правилами и не может быть определено, исходя из действующего законодательства Российской Федерации, то такое понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.8. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении страхового случая организовать и оплатить оказание Застрахованному лицу предусмотренных Договором страхования (Программой страхования) в пределах определенной Договором страхования суммы (страховой суммы) медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг 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.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – «Совкомбанк страхование» (АО), осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. «Страхователь» – юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.3. «Застрахованное лицо» – названное в Договоре страхования физическое лицо, имущественные интересы которого застрахованы. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица.

Все права и обязанности Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет или недееспособных Застрахованных лиц, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах в соответствии с законодательством Российской Федерации их законные представители.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг 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 (медицинское страхование).

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

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.

Страховыми рисками не являются события, подпадающие под исключения и ограничения, указанные в пп.4.4 - 4.5 настоящих Правил, с учетом возможности дополнения или сокращения перечня исключений и ограничений в Договоре страхования.

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. Страховым случаем (с учетом ограничений и исключений, указанных в п.4.4 настоящих Правил и предусмотренных Договором страхования (Программой страхования)) является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, фармацевтическую организацию, ассистанскую (сервисную) организацию и (или) иную организацию в соответствии с условиями Договора страхования за организацией и получением предусмотренной Договором страхования медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных услуг, указанных в Договоре страхования, повлекшее необходимость оплаты организации и оказания вышеуказанных услуг.

4.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховым случаем не является обращение Застрахованного лица за организацией и получением медицинской, лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных услуг:

4.4.1. Вследствие заболевания и (или) травмы, отравления, возникших или полученных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или остаточных явлений такого опьянения.

4.4.2. Вследствие получения травматического повреждения или иных расстройств здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находившегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

4.4.3. Вследствие намеренного причинения Застрахованным лицом вреда своему здоровью, попытками и (или) имитацией самоубийства и иными умышленными действиями Застрахованного лица, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено соответствующими судебными решениями.

4.4.4. Для получения и (или) оплаты услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или назначены с учетом медицинских показаний лечащим врачом Застрахованного лица, как необходимые по состоянию здоровья.

4.4.5. Для получения услуг косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или в других случаях по письменному предписанию врача.

4.4.6. Для лечения алкоголизма, токсикомании или наркомании, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ.

4.4.7. Для лечения венерических заболеваний и заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительства.

4.4.8. Для получения медицинских и (или) иных услуг, не предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

4.4.9. В медицинскую, фармацевтическую, ассистанскую и (или) иную организацию, не предусмотренную Договором страхования (Программой страхования).

4.4.10. По окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем 30 календарных дней госпитализации после окончания срока действия Договора страхования, если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

4.4.11. Вследствие заболеваний и (или) травм, возникших в результате чрезвычайных ситуаций природного или техногенного характера.

4.4.12. Вследствие невыполнения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача, медицинского персонала, нарушения определенного лечащим врачом больничного режима, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных медицинской организацией.

4.4.13. Для получения услуг, не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного лица или без медицинских показаний.

4.4.14. Для повторного выполнения исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по вине или инициативе Застрахованного лица.

4.4.15. В других случаях, не предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

4.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие (если законом или Договором страхования не предусмотрено иное):

4.5.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

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

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

4.6. Если Договором страхования не предусмотрено иное, обращение Застрахованного лица за организацией и получением медицинских и иных услуг в течение срока действия Договора страхования (с учетом ограничений, предусмотренных п.11.6 настоящих Правил) является страховым случаем даже в случае, если медицинские и (или) иные услуги были оказаны после окончания срока действия Договора страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном 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 Договоре страхования по соглашению между Страхователем и Страховщиком исходя из объема и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

5.3. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и (или) изменить перечень указанных в Договоре страхования (Программе страхования) услуг путем заключения дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

5.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая сумма является предельной величиной страховых выплат, произведенных в течение срока действия Договора страхования, и уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с даты выплаты.

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

5.6. Договором страхования может быть предусмотрено установление франшизы. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена 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. Факт установления франшизы удостоверяется путем указания в тексте Договора страхования вида и размера франшизы.

Если в Договоре страхования указана условная франшиза, то Страховщик освобождается от возмещения убытка, если он не превышает сумму франшизы, однако возмещает его полностью, если ущерб превышает сумму франшизы.

Если в Договоре страхования указана безусловная франшиза, то сумма страховой выплаты определяется как разница между суммой убытков и суммой франшизы.

В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени, на который не распространяется страхование, обусловленное Договором страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, считается, что франшиза установлена по каждому страховому случаю. Если наступает несколько страховых случаев, то франшиза учитывается по каждому из них.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ

6.1. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования. Под страховым взносом понимается часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.2. Сумма страховой премии (страховых взносов) исчисляется Страховщиком исходя из страховой суммы и страховых тарифов. Страховые тарифы (ставка страховой премии с единицы страховой суммы) определяются Страховщиком на основании базовых страховых тарифов и поправочных коэффициентов к ним.

6.3. Обстоятельствами, влияющими на размер страховой премии, являются условия страхования: объект страхования, страховой риск (случай), перечень событий, являющихся и не являющихся страховым риском (случаем), размер страховой суммы, условие об уменьшении/неуменьшении страховой суммы после страховой выплаты, наличие лимитов выплаты, наличие, тип и размер франшизы, срок действия Договора страхования, наличие рассрочки уплаты страховой премии, количество платежей и срок рассрочки, размер нагрузки (части страхового тарифа, предназначенной для покрытия затрат на проведение страхования); факторы, влияющие на степень страхового риска, в т.ч. выбранные Страхователем виды медицинских и иных услуг, категории медицинских организаций, пол, возраст, состояние здоровья, род занятий и увлечений, профессия Застрахованного лица, регион пребывания Застрахованного лица, территория действия Договора страхования, история страхования по предыдущим договорам страхования, иные сведения, указанные в заявлении о страховании, иных документах, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования, полученные при медицинском обследовании Застрахованного лица, и другие факторы.

6.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая премия уплачивается единовременно, т.е. одним платежом.

6.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, при уплате страховой премии (страхового взноса) безналичным платежом днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата списания всей суммы страховой премии (страхового взноса) со счета Страхователя, при уплате наличными деньгами – дата, указанная в соответствующем платежном документе.

6.6. Неуплата всей суммы страховой премии (первого страхового взноса) в установленный Договором страхования срок означает для сторон Договора страхования выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от заключения Договора страхования, а уплаченная сумма не является страховой премией (страховым взносом) и подлежит возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней на основании его письменного заявления с указанием банковских реквизитов.

6.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, при уплате страховой премии в рассрочку неуплата Страхователем всей суммы очередного (второго или последующих) страхового взноса в установленный Договором страхования срок означает для сторон Договора страхования выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от Договора страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен в указанный срок. Руководствуясь п.2 ст.450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее - ГК РФ), отдельное соглашение о расторжении Договора страхования в данном случае сторонами не составляется и не подписывается. Уплаченная сумма

очередного страхового взноса, если он был уплачен в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, или после истечения установленного Договором страхования срока, подлежит возврату Страхователю в полном объеме на основании его письменного заявления, содержащего банковские реквизиты.

В случае неуплаты Страхователем суммы второго и последующих страховых взносов или их уплаты с нарушением срока или размера, установленного Договором страхования, Страховщик уведомляет Страхователя о данном факте, а также о последствиях такого нарушения.

Договором страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

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

7. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, действует на территории Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. При обращении лица, имеющего намерение заключить Договор страхования (Страхователя), к Страховщику (уполномоченному представителю Страховщика) Страховщик информирует такое лицо о способах и порядке заключения Договора страхования, в т.ч. о порядке и способе подачи заявления о страховании (письменно или устно), о необходимости медицинского обследования лица, заявленного в качестве Застрахованного лица.

8.2. Для заключения Договора страхования и оценки страхового риска Страхователь по требованию Страховщика обязан:

8.2.1. Предоставить следующие документы:

а) заявление о страховании по форме, установленной Страховщиком (если Договор страхования заключается на основании письменного заявления);

б) документы, содержащие сведения о Страхователе, в т.ч. идентификационные, регистрационные данные, банковские реквизиты, адреса;

в) документы, содержащие сведения о Застрахованных лицах, в т.ч. фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания;

г) документы, содержащие сведения о роде занятий и увлечений, профессии Застрахованных лиц;

д) документы, содержащие сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, в т.ч. анкеты по форме, установленной Страховщиком;

е) согласие на обработку персональных данных (если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

ж) сведения и документы, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Если Договор страхования заключен на основании письменного заявления о страховании, то такое заявление является неотъемлемой частью Договора страхования.

Перечень документов, приведенный в настоящем пункте, может быть сокращен по усмотрению Страховщика.

8.2.2. По требованию Страховщика пройти медицинское обследование для оценки степени риска в объеме, установленном Страховщиком (если Страхователь является Застрахованным лицом). Данная обязанность также распространяется на других лиц, которые будут указаны в Договоре страхования в качестве Застрахованных лиц, за исключением случая заключения Договора страхования в виде электронного документа. О необходимости проведения медицинского обследования Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованных лиц) и согласовывает с ним условия и порядок его проведения.

8.3. При заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо в части сведений в отношении состояния его здоровья) обязан сообщить известные Страхователю (Застрахованному лицу) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными признаются обстоятельства, оговоренные в заявлении о страховании, Договоре страхования (полисе) или в письменном запросе Страховщика.

8.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п.8.3 настоящих Правил, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст.179 ГК РФ.

8.5. Договор страхования может быть заключен (ст.ст.434, 438 и 940 ГК РФ):

8.5.1. Путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления Договора страхования (полиса), подписанного Страховщиком. Принятие Страхователем Договора страхования (полиса) означает получение Договора страхования (полиса) со всеми

приложениями, указанными в нем, и заключение Договора страхования на условиях, указанных в Договоре страхования и его приложениях.

8.5.2. Путем отправки Договора страхования (полиса), являющегося офертой, посредством почтовой связи или с помощью электронных технических средств для заключения Договора страхования на условиях, указанных в Договоре страхования (полисе) и его приложениях. Уплата страховой премии (или первого страхового взноса) в срок, указанный в Договоре страхования (полисе), подтверждает принятие Страхователем Договора страхования (полиса) со всеми приложениями, указанными в Договоре страхования (полисе), а также согласие (акцепт) заключить Договор страхования на условиях, указанных в Договоре страхования (полисе) и его приложениях.

8.5.3. Путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

8.5.4. В виде электронного документа, через официальный сайт Страховщика (доступ к сайту может быть осуществлен в т.ч. с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком).

Для заключения Договора страхования в виде электронного документа Страхователь подает Страховщику заявление о страховании путем заполнения формы заявления на сайте. Заявление о страховании в электронной форме подписывается Страхователем—физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем—юридическим лицом — усиленной квалифицированной электронной подписью и признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

При заключении Договора страхования в виде электронного документа документы, указанные в п.8.2.1 настоящих Правил, предоставляются Страховщику в виде электронных документов или электронных образов (сканированных копий) документов, полученных в результате преобразования документов на бумажном носителе в их электронный образ с сохранением всех реквизитов документа. Указанное в настоящем пункте заявление о страховании является неотъемлемой частью Договора страхования.

При заключении Договора страхования в форме электронного документа Договор страхования заключается без медицинского обследования лиц, заявленных в качестве Застрахованных лиц.

В соответствии со ст.6 Федерального закона №63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также ст.6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» №4015-1 от 27.11.1992 Договор страхования, составленный в виде электронного документа и подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, является электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

Направление Страховщиком Страхователю—физическому лицу на основании его заявления о страховании Договора страхования в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, и уплата Страхователем—физическим лицом страховой премии (первого страхового взноса) означает заключение Договора страхования с момента уплаты Страхователем—физическим лицом страховой премии. При этом Страхователь—физическое лицо уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и приложениях к нему, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями Договора страхования может подтверждаться, в т.ч. специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

8.6. Приложения к Договору страхования могут быть вручены Страхователю, в т.ч. путем информирования его об адресе размещения на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сайт Страховщика), путем направления файла, содержащего текст приложения к Договору страхования, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD-диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст приложений к Договору страхования, а также через личный кабинет Страхователя на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

При заключении Договора страхования через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Договор страхования (полис) с приложениями направляется Страхователю на адрес электронной почты, указанный Страхователем при оформлении Договора страхования.

В случае если Договор страхования (при заключении Договора страхования через сайт Страховщика), приложения к Договору страхования были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Договора страхования (при заключении Договора страхования через сайт Страховщика), текста приложений к Договору страхования на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Застрахованное лицо) от обязанностей, которые предусмотрены Договором страхования (приложениями к Договору страхования). Страхователь имеет право в любой момент действия Договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста Договора страхования (приложений к Договору страхования) на бумажном носителе, а Страховщик обязан вручить (направить) указанные документы Страхователю - бесплатно один раз.

8.7. В случае заключения Договора страхования со Страхователем-юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем Застрахованным лицам выдаются именные страховые полисы или страховые пластиковые карточки.

Страховая пластиковая карточка является документом, удостоверяющим предоставление Застрахованному лицу страховой защиты на условиях, предусмотренных Договором страхования. Страховая пластиковая карточка выдается Страхователю в течение пяти рабочих дней после вступления Договора страхования в законную силу, если иное не предусмотрено Договором страхования. Приложением к страховой пластиковой карточке является Программа страхования.

8.8. В случае увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику сведения, необходимые для оценки страхового риска, в объеме, предусмотренном настоящими Правилами, о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующую страховую премию за период с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.9. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик вправе достичь соглашения об исключении отдельных положений настоящих Правил из текста Договора страхования и (или) его дополнении положениями, не изложенными в тексте настоящих Правил, если такие исключения и (или) дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

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

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования заключается сроком на один календарный год, если иное не предусмотрено Договором страхования. Даты начала и окончания срока действия Договора страхования указываются в Договоре страхования.

9.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или ее первого взноса.

9.3. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования, но не позднее 24 часов 00 минут последнего дня срока действия Договора страхования.

9.4. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен:

9.4.1. Если Страховщик выполнил свои обязательства по Договору страхования в полном объеме. В этом случае Договор страхования прекращает действовать с даты, следующей за датой выполнения Страховщиком своих обязательств, а уплаченная страховая премия не подлежит возврату.

9.4.2. Если после его вступления Договор страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Договор страхования прекращает действовать с даты, следующей за датой прекращения существования страхового риска, а Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.4.3. Если Страхователь отказался от Договора страхования и к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п.9.4.2 настоящих Правил. В этом случае Договор страхования прекращает действовать с даты, указанной в заявлении об отказе от Договора страхования, но не ранее даты получения заявления Страховщиком, а уплаченная страховая премия возврату не подлежит, за исключением случая, предусмотренного п.9.4.5 настоящих Правил, или если это предусмотрено Договором страхования.

9.4.4. Если Страхователь отказался от Договора страхования путем неуплаты очередного (второго или последующих) страхового взноса в соответствии с п.6.7 настоящих Правил.

9.4.5. Если Страхователь-физическое лицо отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В этом случае Договор страхования прекращает действовать с даты его заключения и уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме.

9.4.6. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Договор страхования прекращает действовать и возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется (если возврат премии прямо предусмотрен законом) на условиях и в порядке, предусмотренных соответствующим законом.

9.5. Для прекращения Договора страхования, кроме случаев, предусмотренных пп.9.4.1, 9.4.4 настоящих Правил, Страхователь подает Страховщику соответствующее письменное заявление.

В заявлении указываются сведения, предусмотренные п.14.4 настоящих Правил. К заявлению прилагаются банковские реквизиты Страхователя (для перечисления страховой премии безналичным платежом) и документы, подтверждающие обстоятельства, указанные в п.9.4.2 настоящих Правил, а

также могут быть приложены копии Договора страхования и документов, подтверждающих уплату страховой премии.

Возврат премии (части страховой премии) в случаях, предусмотренных настоящим разделом или Договором страхования, производится в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя в безналичном порядке, если не подано заявление о получении данных денежных средств наличными деньгами.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА, СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. При обращении лица, имеющего намерение заключить Договор страхования, ознакомить его с условиями настоящих Правил и Договора страхования.

10.1.2. Разъяснить положения Договора страхования получателю страховых услуг.

10.1.3. Вручить Страхователю страховые медицинские полисы или страховые пластиковые карточки в срок, указанный в Договоре страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.1.4. Организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

10.1.5. При наступлении страховых случаев, предусмотренных Договором страхования, оплатить медицинские и иные услуги, предусмотренные Договором страхования и оказанные Застрахованным лицам.

10.1.6. Контролировать объем и сроки оказания медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в медицинских и (или) иных организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком в установленном Договором страхования порядке.

10.1.7. Соблюдать тайну страхования, не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, об их имущественном положении, а также обеспечить конфиденциальность в отношении информации ограниченного доступа в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

10.1.8. Обеспечивать осуществление обработки персональных данных Страхователя и Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – ФЗ «О персональных данных»).

10.1.9. При заключении Договора страхования предоставить по запросу лица, имеющего намерение заключить Договор страхования, информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру по Договору страхования.

10.1.10. По письменному запросу Страхователя предоставить ему дубликат Договора страхования с приложениями, за исключением информации, не подлежащей разглашению, – бесплатно один раз.

10.1.11. По письменному запросу Страхователя предоставить ему расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, – бесплатно один раз.

10.1.12. По письменному запросу Страхователя (Застрахованного лица) предоставить документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в организации медицинских услуг, - бесплатно один раз по одному событию.

10.1.13. Если Договором страхования предусмотрено возмещение стоимости медицинских и (или) иных услуг Застрахованному лицу, самостоятельно оплатившему указанные услуги, то:

а) После принятия решения о страховой выплате по устному или письменному (электронному) запросу лица, имеющему право на получение страховой выплаты, предоставить ему информацию о расчете суммы страховой выплаты по Договору страхования.

б) По письменному запросу лица, имеющего право на получение страховой выплаты, предоставить информацию и документы (в т.ч. копии документов и (или) выписки из них), на основании которых было принято решение (бесплатно один раз по одному событию):

- об отказе в страховой выплате;

- о страховой выплате.

10.1.14. Рассмотреть запросы, указанные в пп.10.1.9-10.1.13 настоящих Правил, и направить ответ на запрос в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса.

10.1.15. После того, как стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Застрахованного лица) проинформировать это лицо обо всех предусмотренных Договором страхования необходимых действиях, обо всех документах, представление которых обязательно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов, о предусмотренных Договором страхования форме и способах осуществления страховой выплаты.

10.1.16. Запросы, указанные в пп.10.1.9-10.1.13, 10.1.15 настоящих Условий, должны содержать сведения, указанные в п.14.4 настоящих Правил, суть обращения, желаемый способ получения ответа на запрос.

10.1.17. Отказать в предоставлении информации (документов) лицу, обратившемуся к Страховщику, если это лицо не предоставило документы и сведения, позволяющие его идентифицировать, или не имеет прав на получение запрошенной информации.

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

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. Проверять представленную Страхователем и (или) Застрахованным лицом информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований и условий Договора страхования.

10.2.2. Заключать в целях исполнения своих обязательств по Договору страхования соответствующие Договоры с государственными, частными медицинскими, фармацевтическими, ассистанскими и иными организациями, находящимися на территории Российской Федерации и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники, фармацевтические организации, частнопрактикующих врачей и иные организации различных форм собственности, являющиеся резидентами или нерезидентами на территории Российской Федерации.

10.2.3. Потребовать от Застрахованных лиц заполнения медицинских анкет и (или) прохождения медицинского обследования для оценки состояния их здоровья и степени страхового риска при заключении Договора страхования.

10.2.4. Потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст.179 ГК РФ, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страховщику были сообщены заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь или Застрахованное лицо, уже отпали.

10.2.5. Проверять соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг объему, оговоренному в Договоре страхования, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также провести оценку качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица).

10.2.6. При выявлении у Застрахованного лица обстоятельств, указанных в пп.4.4, 4.5 настоящих Правил или подпадающих под иные исключения и ограничения, предусмотренные Договором страхования (Программой страхования), отказать в организации медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

10.2.7. Требовать у Застрахованного лица возмещения стоимости оплаченных Страховщиком медицинских и (или) иных услуг в случае признания события не страховым случаем, в т.ч. в случае необоснованного вызова скорой медицинской помощи или врача на дом (ложный вызов, отсутствие Застрахованного лица на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному лицу в состоянии алкогольного или наркотического опьянения).

10.2.8. Потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (п.5 ст.453 ГК РФ), при неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в п.10.3.5 настоящих Правил. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10.2.9. Потребовать изменения условий Договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае уведомления Страхователем Страховщика об обстоятельствах согласно п.10.3.5 настоящих Правил, а при несогласии Страхователя с требованием Страховщика потребовать расторжения Договора страхования с даты увеличения страхового риска в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10.2.10. Организовать оказание экстренной медицинской помощи Застрахованному лицу по жизненным показаниям в непредусмотренной Договором страхования (Программой страхования) муниципальной медицинской организации (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшим переводом по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования (Программой страхования).

10.2.11. По согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения договора с медицинской и (или) иной организацией, указанной в Договоре страхования (Программе страхования).

10.2.12. Изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении медицинской и (или) иной организацией стоимости предоставляемых медицинских (в том числе лекарственной помощи) и иных услуг.

10.2.13. Запросить у Страхователя заверенные копии письменного согласия (письменных согласий) на обработку персональных данных Застрахованного лица (Застрахованных лиц), в т.ч. согласия на обработку персональных данных Страхователя, если Застрахованным лицом является Страхователь.

10.2.14. С учетом конкретных обстоятельств сократить перечень требуемых документов, указанный в п.10.6.10 настоящих Правил.

10.2.15. Полностью или в соответствующей части отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

При этом Страховщик вправе предложить представить дополнительные документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая, определить размер страховой выплаты и лицо, имеющее право на ее получение. На основании дополнительно представленных документов Страховщик повторно рассматривает заявление о страховой выплате в порядке и сроки, установленные разделом 12 настоящих Правил.

10.2.16. Приостановить исполнение своих обязательств в связи с обстоятельствами непреодолимой силы, чрезвычайными и непредотвратимыми (форс-мажорные обстоятельства, как-то: действия органов государственной власти и управления, международные санкции, массовые заболевания (эпидемии), военные действия, стихийные бедствия, народные волнения, забастовки и тому подобные, не зависящие от воли сторон Договора страхования, обстоятельства) на срок действия таких обстоятельств, но не более, чем на 3 (три) месяца, по истечении которых стороны Договора страхования договариваются о дальнейших действиях. О возникновении и прекращении форс-мажорных обстоятельств Страховщик обязуется незамедлительно уведомить Страхователя и представить соответствующее подтверждение.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. Соблюдать требования настоящих Правил, требования и условия Договора страхования.

10.3.2. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах (или которые должны быть ему известны), имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются обстоятельства, оговоренные в заявлении о страховании, Договоре страхования или в письменных запросах Страховщика.

10.3.3. Уплатить страховую премию в размере и сроки, определенные Договором страхования.

10.3.4. Довести до сведения Застрахованных лиц условия Договора страхования.

10.3.5. В период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в заявлении о страховании, Договоре страхования, в письменном запросе Страховщика или иных документах, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования.

10.3.6. Обеспечить прохождение медицинского обследования Застрахованным лицом по требованию Страховщика.

10.3.7. Получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных, а в случае, если Страхователем заключается Договор страхования в отношении себя, предоставить свое письменное согласие на обработку Страховщиком его персональных данных.

10.3.8. По запросу Страховщика предоставить сведения и документы, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», необходимые для обновления информации о получателе страховых услуг, бенефициарном владельце, выгодоприобретателе (в рамках указанного закона).

10.3.9. Надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и (или) травмой Застрахованного лица.

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

10.3.11. Выполнять обязанности Застрахованного лица, указанные в п.10.6 настоящих Правил, если Страхователь является Застрахованным лицом.

10.4. Страхователь имеет право:

10.4.1. Отказаться от Договора страхования.

10.4.2. При обращении к Страховщику с намерением заключить Договор страхования ознакомиться с условиями настоящих Правил и Договора страхования.

10.4.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями положений настоящих Правил и Договора страхования.

10.4.4. Требовать предоставления Застрахованным лицам предусмотренных Договором страхования (Программой страхования) медицинских и иных услуг в медицинских, фармацевтических, ассистанских и иных организациях, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

10.4.5. Предоставить при заключении Договора страхования или наступлении события, имеющего признаки страхового случая, сведения и документы, не предусмотренные настоящими Правилами или Договором страхования.

10.4.6. При заключении Договора страхования запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру по Договору страхования.

10.4.7. После того, как стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, запросить у Страховщика информацию обо всех предусмотренных Договором страхования необходимых действиях, обо всех документах, представление которых обязательно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов, о форме и способах осуществления страховой выплаты, предусмотренных Договором страхования.

10.4.8. Получить дубликат Договора страхования с приложениями, за исключением информации, не подлежащей разглашению, – бесплатно один раз.

10.4.9. Запросить расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, – бесплатно один раз. В случае досрочного прекращения Договора страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц - бесплатно один раз в отношении каждого Застрахованного лица.

10.4.10. Запросить у Страховщика документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в организации медицинских услуг, - бесплатно один раз по одному событию.

10.4.11. Если Договором страхования предусмотрено возмещение стоимости медицинских и (или) иных услуг Застрахованному лицу, самостоятельно оплатившему указанные услуги, то:

а) После того, как Страховщик принял решение о страховой выплате, запросить у Страховщика информацию о расчете суммы страховой выплаты по Договору страхования (по запросу получателя страховой выплаты).

б) Запросить у Страховщика информацию и документы (в т.ч. копии документов и (или) выписки из них), на основании которых было принято решение (бесплатно один раз по одному событию):

- об отказе в страховой выплате;

- о страховой выплате.

10.4.12. Изменять список Застрахованных лиц. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику все необходимые ему сведения о новых Застрахованных лицах и уплачивает за них страховую премию за период с даты их включения в список Застрахованных лиц до даты окончания срока действия Договора страхования. При этом страховые взносы за неполный месяц уплачиваются как за полный (если Договором страхования не предусмотрено иное). Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае уменьшения численности Застрахованных лиц Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за каждое Застрахованное лицо, исключенное из списка, пропорционально неистекшему периоду действия Договора с учетом произведенных выплат по каждому открепленному Застрахованному лицу, или учитывает эту сумму при дальнейших расчетах на основании письменного уведомления Страхователя.

10.4.13. В течение срока действия Договора страхования расширить перечень медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования), или увеличить страховую сумму, уплатив при этом дополнительную страховую премию.

10.4.14. Заменять Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных лиц. В этом случае Страховщику представляются все необходимые ему сведения о Застрахованных лицах, исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него. В случае увеличения степени риска Страхователь должен уплатить дополнительную премию по требованию Страховщика.

10.4.15. Осуществлять права Застрахованного лица, указанные в п.10.5 настоящих Правил, если Страхователь является Застрахованным лицом.

Запросы, указанные в пп.10.4.8-10.4.11 настоящих Правил, должны содержать сведения, сведения, предусмотренные п.14.4 настоящих Правил, суть обращения, желаемый способ получения ответа на обращение.

10.5. Застрахованное лицо имеет право:

10.5.1. Получать медицинские и иные услуги, предусмотренные Договором страхования (Программой страхования), в медицинских, фармацевтических и иных организациях в соответствии с Договором страхования (Программой страхования).

10.5.2. Получать от Страховщика разъяснения условий Договора страхования (в т.ч. Программы страхования).

10.5.3. Если Договором страхования предусмотрено возмещение стоимости медицинских и (или) иных услуг Застрахованному лицу, самостоятельно оплатившему указанные услуги, - предоставить Страховщику по электронной почте подписанное заявление о событии, обладающем признаками страхового случая (далее – заявление о страховой выплате), по установленной Страховщиком форме и электронные образы (сканированные копии) бумажных документов, предусмотренных п.10.6.10 настоящих Правил, с последующим предоставлением оригиналов (если оригиналы документов могут быть у заявителя в силу закона) и надлежащим образом заверенных копий (если оригиналы документов не могут быть у заявителя в силу закона) таких документов по запросу Страховщика.

При этом Страховщик и заявитель (Застрахованное лицо) могут достигнуть соглашения о признании любого точного воспроизведения каким-либо способом с помощью средств электронного копирования подписи заявителя на заявлении о страховой выплате аналогом собственноручной подписи заявителя, а электронные образы (сканированные копии) бумажных документов, поданные в рамках такого заявления, считать заверенными теми же способами воспроизведения подписи, что так же признается аналогом собственноручной подписи заявителя.

Такое соглашение достигается путем направления Страховщику по электронной почте заявителем (Застрахованным лицом) заявления о страховой выплате по установленной Страховщиком форме, электронных образов (сканированных копий) бумажных документов в рамках такого заявления и направлением Страховщиком по электронной почте в ответ на полученное электронное письмо заявителя (Застрахованного лица) согласия на заключение данного соглашения.

10.5.4. Предоставить при заключении Договора страхования или наступлении события, имеющего признаки страхового случая, сведения и документы, не предусмотренные настоящими Правилами или Договором страхования.

10.6. Застрахованное лицо обязано:

10.6.1. Соблюдать предписания лечащего врача и внутренний распорядок медицинской организации.

10.6.2. Заботиться о сохранности страхового полиса или пластиковой страховой карты, если она выдана, и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской и (или) лекарственной помощи.

10.6.3. Обеспечить обращение за медицинскими и иными услугами на русском языке, а в случае необходимости привлечь переводчика.

10.6.4. При обращении за медицинскими и иными услугами по запросу медицинской (иной) организации сообщить номер Полиса, а также выполнить другие действия, предусмотренные Договором страхования (Программой страхования).

10.6.5. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любой медицинской и иной организации для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг.

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

10.6.7. Сообщать Страховщику о случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

10.6.8. Если по Договору страхования предусмотрена франшиза, то оплатить часть стоимости медицинских услуг, лекарственной помощи и иных услуг, назначенных и (или) оказанных Застрахованному лицу, в размере установленной Договором страхования франшизы.

10.6.9. По требованию Страховщика пройти медицинское обследование как при заключении Договора страхования, так и после наступления страхового случая, когда это станет возможным по состоянию здоровья.

10.6.10. Если Договором страхования предусмотрено возмещение стоимости медицинских и (или) иных услуг Застрахованному лицу, самостоятельно оплатившему указанные услуги, то в случае обращения Застрахованного лица за получением медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором страхования, в медицинские организации, предусмотренные Договором страхования:

а) Незамедлительно уведомить Страховщика о таком обращении. При этом уведомление должно содержать:

- сведения о Застрахованном лице, обратившемся за получением медицинских и (или) иных услуг;
- дату, время обращения, наименование медицинской и (или) иной организации, в которое обратилось Застрахованное лицо;
- сведения о медицинских и (или) иных услугах, за получением которых обратилось Застрахованное лицо;
- регистрационный номер Договора страхования (полиса).

Если Застрахованное лицо уведомило Страховщика устно, то Застрахованное лицо обязано подтвердить эти сведения письменно в течение 3 (трех) рабочих дней со дня устного сообщения.

б) Подать Страховщику письменное заявление о страховой выплате и предоставить приведенные ниже документы:

- документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного лица;
- копию паспорта Застрахованного лица (страниц с ФИО, фотографией, указанием места постоянной регистрации);
- копию страхового полиса и квитанции об оплате страховой премии (страховых взносов);
- копию документов, подтверждающих статус законного представителя Застрахованного лица;

- копию паспорта представителя Застрахованного лица (страниц с ФИО, фотографией, указанием места постоянной регистрации);
- копию надлежащим образом оформленной доверенности представителя Застрахованного лица;
- копию свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
- направление на лечение;
- выписку из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, или иного документа, подтверждающего факт получения медицинских услуг;
- выписку из истории болезни, выданную организацией, в которой осуществлялось реабилитационно-восстановительное лечение (санаторно-курортное лечение) (если Договором страхования предусмотрена оплата реабилитационно-восстановительного (санаторно-курортного) лечения);
- оригинал оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, а также перечня оказанных услуг и их стоимости;
- копию санаторно-курортной путевки или иного документа, подтверждающего получение реабилитационно-восстановительного лечения (санаторно-курортного лечения), заверенного в установленном порядке (если Договором страхования предусмотрена оплата реабилитационно-восстановительного (санаторно-курортного) лечения);
- оригинал платежно-расчетного документа, подтверждающего факт оплаты оказанных медицинских и (или) иных услуг / приобретенных лекарственных средств, изделий медицинского назначения / путевки на санаторно-курортное лечение.

Обязанность по предоставлению документов считается исполненной надлежащим образом, если предоставленные документы (в т.ч. порядок составления, содержания, форма) соответствуют требованиям, предъявляемым законодательством к таким документам, документы исходят от уполномоченных лиц (компетентных органов), содержат полную (в т.ч. присутствуют все приложения и дополнения) и достоверную информацию и из документов можно однозначно установить их содержание (документы являются читаемыми, в т.ч. написаны разборчивым почерком, имеют надлежащее качество изображения, не нарушена целостность документа).

Документы должны быть составлены на русском языке, надлежащим образом заверены¹, а документы, совершенные на территории иностранных государств, должны быть совершены с проставлением апостиля, переведены на русский язык с нотариальным заверением (в случае отсутствия проставления апостиля необходима консульская или дипломатическая легализация, в зависимости от страны, в которой выданы документы).

В случае предоставления копий документов, в т.ч. предоставленных в порядке, предусмотренном п.10.5.3 настоящих Правил, Страхователь, Застрахованное лицо по требованию Страховщика обязаны предоставить оригиналы таких документов (если оригиналы документов могут быть у заявителя в силу закона), в т.ч. в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью и надлежащим образом заверенные копии (если оригиналы документов не могут быть у заявителя в силу закона).

В этом случае затребованные Страховщиком документы предоставляются в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения такого требования. Оригиналы документов и надлежащим образом заверенные копии должны быть идентичными ранее предоставленным копиям.

В случае если законодательством установлены требования к форме документа, то документ должен соответствовать установленным требованиям. Если форма документа утратила силу, то предоставляется документ по форме, замещающей утратившую силу.

Во всех справках и выписках из медицинских организаций обязательно должен быть указан диагноз, полные фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, дата рождения или возраст Застрахованного лица, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинской организации. Копии медицинской документации (медицинских карт) должны быть заверены главным врачом, заместителем главного врача по лечебной работе, по клинико-экспертной работе, председателем врачебной комиссии, начальником медицинской части или другим уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинской организации.

При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, сведений и надлежащим образом оформленных документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, Страховщик уведомляет обратившееся лицо о необходимости предоставления недостающих сведений и надлежащим образом оформленных документов в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня, следующего за днем предоставления сведений, документов.

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

¹ Надлежаще заверенная копия документа – копия документа, заверенная нотариусом, выдавшим органом (организацией, учреждением), или Страховщиком (при предоставлении оригинала документа для её сличения с подлинником) в соответствии с ГОСТ Р 7.0.97-2016, Указом Президиума Верховного Совета СССР № 9779-Х и иными действующими нормативно-правовыми актами.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11.1. Получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования), осуществляется при обращении Застрахованного лица напрямую в медицинские, фармацевтические, ассистанские (сервисные) и (или) иные организации, указанные в Договоре страхования (Программе страхования), или, если это предусмотрено Договором страхования, при обращении Застрахованного лица в указанные выше организации через Страховщика или его представителя.

11.2. Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы соответствующих организаций.

11.3. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую, фармацевтическую, ассистанскую (сервисную) и (или) иную организацию по запросу этой организации обязано предъявить полис или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком (страховую пластиковую карточку), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено Договором страхования.

11.4. В случае отсутствия в медицинской, фармацевтической, ассистанской (сервисной) и (или) иной организации из числа предусмотренных Договором страхования (Программой страхования) возможности оказания указанной в Договоре страхования необходимой Застрахованному лицу медицинской и (или) иной услуги, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе в установленном Договором страхования порядке предварительно согласовать со Страховщиком получение вышеуказанной необходимой медицинской и (или) иной услуги в других организациях по выбору Страховщика.

11.5. В случаях невозможности оперативного оказания услуг, предусмотренных Договором страхования, в медицинской организации, предусмотренной Договором страхования (Программой страхования), по причинам, не зависящим от Страховщика, в том числе, по причине отсутствия мест в стационаре, отпуска или болезни специалиста, неисправности медицинского оборудования, Страховщик организует их выполнение в иной медицинской организации (по выбору Страховщика), с которой Страховщик состоит в договорных отношениях.

11.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, плановая госпитализация Застрахованного лица, назначенная его лечащим врачом при наличии медицинских показаний для госпитализации как необходимая по состоянию здоровья, осуществляется не менее чем за 14 (четырнадцать) дней до окончания срока действия Договора страхования. При осуществлении в указанном случае госпитализации Застрахованного лица страховая выплата по Договору страхования осуществляется за период с даты фактической госпитализации до конца срока действия Договора страхования.

11.7. Если это предусмотрено Договором страхования, Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором страхования, предоставляемых медицинскими, фармацевтическими, ассистанскими (сервисными) и (или) иными организациями как в Российской Федерации, так и за рубежом. При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, при обращении Застрахованного лица за оказанием медицинских и (или) иных услуг в зарубежных организациях Застрахованное лицо для получения страховой выплаты обязано предоставить Страховщику надлежащим образом оформленные документы, подтверждающие оказание и оплату предусмотренной Договором страхования необходимой медицинской и (или) иной помощи, а также наличие у медицинской, фармацевтической, ассистанской (сервисной) и (или) иной организации, оказавшей медицинские и (или) иные услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству местонахождения организации для осуществления деятельности.

11.8. В случае выявления у Застрахованного лица заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских организациях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного лица в специализированную медицинскую организацию. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в этой медицинской организации, если Договором не предусмотрено иное.

11.9. Страховщик имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованному лицу по жизненным показаниям с привлечением государственной или муниципальной систем здравоохранения (скорая медицинская помощь «03», госпитализация в ближайший стационар и т.п.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

11.10. В случае, если экстренная медицинская помощь по жизненным показаниям было оказана Застрахованному лицу в организациях, не предусмотренных Договором страхования (Программой страхования), то, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик оплачивает указанные услуги исходя из средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования). Оставшаяся часть стоимости оказанных услуг подлежит оплате Страхователем.

12. СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. Если Договором страхования предусмотрено осуществление страховой выплаты путем организации оказания Застрахованному лицу медицинских, а также иных услуг, и оплаты стоимости этих услуг, то, если иное не предусмотрено Договором страхования, срок оказания вышеуказанных услуг медицинскими и (или) иными организациями, указанными в Договоре страхования (Программе страхования), не может превышать 30 (тридцать) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица, за исключением случаев, когда:

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

- иные сроки оказания Застрахованному лицу конкретной медицинской услуги (в т.ч. лекарственной помощи), а также иных указанных в Договоре страхования услуг, установлены соответствующей медицинской и (или) иной организацией с учетом сложности медицинских услуг, необходимости получения определенных медицинских изделий и (или) оборудования, лекарственных средств, материалов и (или) донорских органов, без использования которых оказание медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг) невозможно, обнаружения осложнений и (или) сопутствующих болезней, требующих дополнительного обследования и (или) лечения, не указанных в Договоре страхования (Программе страхования), и т.п.

12.2. Если Договором страхования предусмотрено осуществление страховой выплаты путем оплаты непосредственно Застрахованному лицу стоимости (возмещения понесенных расходов) оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг (в т.ч. лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения), то Страховщик рассматривает требование по событию, имеющему признаки страхового случая, в соответствии с условиями настоящих Правил, содержанием заявления о страховой выплате и предоставленных документов в следующем порядке:

12.2.1. Страховщик **принимает решение и направляет уведомление** о принятом решении по заявленному событию, имеющему признаки страхового случая, в течение 30 (тридцати) рабочих дней считая со дня, следующего за днем получения последнего документа из списка необходимых документов, указанных в п.10.6.10 настоящих Правил, в т.ч. результатов освидетельствования, обследования, в случаях, когда прохождение освидетельствования, обследования потребовал Страховщик.

В случае предоставления дополнительных документов (пп.10.2.15, 10.5.4 настоящих Правил) после предоставления последнего документа из списка необходимых документов и до принятия Страховщиком решения по заявленному событию срок, указанный в настоящем пункте, исчисляется со дня, следующего за днем предоставления таких дополнительных документов.

Страховщик **осуществляет страховую выплату** (в случае принятия решения о признании события страховым случаем) в течение срока, указанного в настоящем пункте, в случае, если не были затребованы оригиналы и (или) надлежащим образом заверенные копии документов (п.10.6.10 настоящих Правил).

12.2.2. В случае принятия решения о признании события страховым случаем Страховщик вправе:

12.2.2.1. Потребовать предоставления оригиналов и надлежащим образом заверенных копий документов в порядке, предусмотренном п.10.6.10 настоящих Правил, если оригиналы и (или) надлежащим образом заверенные копии документов не были предоставлены ранее. В этом случае страховая выплата осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня, следующего за днем предоставления последнего из оригиналов и надлежащим образом заверенных копий запрошенных документов.

12.2.2.2. Осуществить страховую выплату без направления уведомления в течение срока, указанного в п.12.2.1 настоящих Правил.

12.2.3. Страховщик обязан повторно рассмотреть заявление о страховой выплате с учетом дополнительно поступивших документов (пп.10.2.15, 10.5.4 настоящих Правил), в порядке и сроки, предусмотренные настоящим разделом.

12.2.4. Страховая выплата производится в безналичном порядке, если получателем страховой выплаты не подано заявление о выплате наличными деньгами. Датой страховой выплаты считается дата списания денежных средств со счета Страховщика или дата выдачи наличных денег получателю.

12.2.5. Если Застрахованное лицо не прошло обследование в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату обследования. В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом обследования в согласованную со Страховщиком дату Страховщик вправе возратить без рассмотрения представленное заявление о страховой выплате, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии). При этом у Страховщика не возникает обязанности по принятию решения, осуществлению страховой выплаты или направлению мотивированного отказа в выплате.

13. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

13.1. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая выплата осуществляется путем организации оказания Застрахованному лицу медицинских, а также иных услуг, и оплаты стоимости этих услуг медицинской и (или) иной организации. При этом стоимость указанных услуг не может превышать страховую сумму.

13.2. Если Договором страхования предусмотрено осуществление страховой выплаты путем оплаты непосредственно Застрахованному лицу стоимости (возмещения понесенных расходов) оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг (в т.ч. лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения), то сумма страховой выплаты считается равной:

13.2.1. Стоимости оказанных медицинских и иных услуг (в т.ч. использованных лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения), если она меньше страховой суммы.

13.2.2. Страховой суммой, если стоимость медицинских и иных услуг (в т.ч. использованных лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения), больше или равна страховой сумме.

13.3. При установлении в Договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Застрахованным лицом при получении (оказании) услуг непосредственно организации, которая оказывает эти услуги.

13.4. Страховщик отказывает в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

13.4.1. Если Договор страхования в установленном законом порядке признан недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13.4.2. Если наступившее событие исключено из страхового покрытия в соответствии с условиями Договора страхования.

13.4.3. Если наступившее событие не является страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами и (или) Договором страхования (Программой страхования).

13.4.4. Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации и п.4.5 настоящих Правил.

13.4.5. Если не выполнена обязанность, предусмотренная подпунктом «а» п.10.6.10 настоящих Правил, за исключением случая, когда будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

13.4.6. Если документы, представленные в соответствии с п.10.6.10 настоящих Правил, не позволяют принять решение о страховой выплате, в том числе:

- а) установить факт обращения Застрахованного лица за медицинскими и (или) иными услугами;
- б) определить характер и объем оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг, организацию, оказавшую указанные услуги и их стоимость;
- в) установить права лица на получение страховой выплаты;
- г) содержат противоречивую либо недостоверную информацию.

13.4.7. В иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

14. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

14.1. Вступая в переговоры о заключении Договора страхования, в т.ч. при предоставлении данных посредством заполнения регистрационных форм на сайте (в мобильном приложении), подписанием заявления о страховании и (или) Договора страхования (полиса), иного документа, используемого при заключении и исполнении Договора страхования, и (или) принятием Договора страхования (полиса), и (или) уплатой страховой премии (первого страхового взноса) Страхователь (его представитель) подтверждает:

14.1.1. Что в соответствии со статьей 160 ГК РФ факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования признается аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригиналом печати Страховщика. Договор страхования имеет силу, аналогичную документу, собственноручно подписанному уполномоченным лицом Страховщика и скрепленному печатью Страховщика.

14.1.2. Свое согласие на раскрытие Страховщику информации, содержащейся в бюро кредитных, страховых историй, в объеме, порядке и на условиях, определенных действующим законодательством, для проверки сведений, указанных в Договоре страхования, и (или) получения информации о Страхователе.

14.2. Для предоставления информации получателю страховых услуг (лицу, обратившемуся в страховую организацию с намерением заключить Договор страхования, Страхователю, Застрахованному лицу) все сообщения (письма, уведомления, извещения и т.п.), направляемые Страховщиком в адрес получателя страховых услуг в соответствии с Договором страхования, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

14.2.1. Сообщение направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в документах или сообщениях, получаемых при заключении, исполнении Договора страхования (в т.ч. сообщении о намерении заключить Договор страхования, в заявлении о страховании, Договоре страхования, заявлении о событии, имеющем признаки страхового случая (выплате), или ином документе (уведомлении, письме)).

14.2.2. Сообщение направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений посредством электронной связи, по телефону, телеграфу или адресу, указанному в документах или сообщениях, получаемых при заключении, исполнении Договора страхования.

14.2.3. Сообщение направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в документах или сообщениях, получаемых при заключении, исполнении Договора страхования.

14.2.4. Сообщение направлено с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком (в т.ч. мобильного приложения), или размещено в Личном кабинете (закрытый раздел сайта или приложения Страховщика, предназначенный для удалённого обслуживания) получателя страховых услуг в соответствующем разделе сайта <https://www.uralsibins.ru>, о чем информируется получатель страховых услуг.

В случае изменения адресов и (или) реквизитов, в т.ч. банковских реквизитов, получатель страховых услуг обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов заблаговременно, то все сообщения, направленные получателю страховых услуг по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

14.3. Документы, предусмотренные Договором страхования, в т.ч. в рамках урегулирования убытков, предоставляются в письменной форме по адресу местонахождения Страховщика почтовой (курьерской) связью, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования. Документы предварительно могут быть направлены Страховщику по адресу электронной почты, с использованием мобильного приложения, личного кабинета получателя страховых услуг в соответствующем разделе сайта <https://www.uralsibins.ru>, а сведения сообщены по телефону. Контактные данные Страховщика указываются в Договоре страхования и на сайте Страховщика.

14.4. При обращении к Страховщику необходимо предоставить следующие сведения, позволяющие идентифицировать обратившегося и сведения по Договору страхования:

14.4.1. Наименование / фамилия, имя, отчество (при наличии), ИНН (при наличии), место рождения (для физических лиц), место его нахождения, почтовый адрес / регистрации, фактического проживания, контактные данные (номер телефона, адрес электронной почты), наименование и сведения документа (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения, выдавшего документ), удостоверяющего личность физического лица, дата его рождения. При обращении через представителя, также предоставить указанные выше сведения на представителя и документ, удостоверяющий его полномочия.

14.4.2. Номер, дату (при наличии) и наименование Договора страхования (полиса), номер и дату документов, подтверждающих уплату страховой премии.

14.5. Договором страхования может быть предусмотрено, что сведения и документы (в т.ч. заявления, уведомления, извещения) в рамках Договора страхования, предназначенные для уведомления (извещения), внесения изменений, досрочного прекращения, получения страховой выплаты предоставляются Страхователем, Застрахованным лицом Страховщику, а также Страховщиком указанным лицам в виде электронного документа.

Электронный документ подписывается физическим лицом простой электронной подписью, а юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью и передается через официальный сайт Страховщика (доступ к сайту может быть осуществлен в т.ч. с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком). Порядок обмена информацией в этом случае осуществляется на условиях отдельного соглашения, в т.ч. размещенного на сайте Страховщика.

15. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

15.1. Страховщик является оператором персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее по тексту – Закон 152-ФЗ).

15.2. Страховщик осуществляет обработку персональных данных в соответствии с Политикой обработки персональных данных в АО «Совкомбанк страхование», размещенной на официальном сайте Страховщика: <https://sovcomins.ru/>.

15.3. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, выражает Страховщику свое согласие в соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 6 Закона 152-ФЗ:

– на обработку своих персональных данных и персональных данных лица, законным представителем которого он является (если применимо): фамилии, имени, отчества, адреса электронной почты, номера телефона, адреса места жительства, адреса регистрации, даты рождения, места рождения, гражданства, паспортных данных/данных иного документа, удостоверяющего личность, данные документа, подтверждающие право на пребывание в РФ, ИНН, СНИЛС, сведения о месте работы, сведений о состоянии здоровья (в случае личного страхования), а также иной информации, предоставленной Страховщику путем заполнения и направления Страхователем анкет и других документов.

15.4. Страхователь подтверждает, что Страховщик может осуществлять обработку указанных персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, поручение обработки другому лицу, проверку достоверности и любых иных действий с указанными персональными данными, не противоречащих

закону, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств с целью заключения, исполнения и/или расторжения договора страхования (перестрахования) в том числе оценки рисков, проверки качества оказания услуг, оценки страховых случаев и осуществления страховых выплат, администрирования договоров страхования, предоставления Страхователю информации о договоре страхования, сбора статистической информации и ее анализа в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации на срок 9 лет.

15.5. Для осуществления вышеуказанной цели Страховщик имеет право передавать (предоставлять доступ) персональные данные, перечисленные в п. 15.3. настоящих Правил, поручать обработку третьим лицам, в том числе медицинским организациям, провайдерам услуг, сведения о которых размещены в Памятке застрахованного и на сайте <https://sovcomins.ru/zashchita-personalnykh-dannykh/> и поддерживаются Страховщиком в актуальном состоянии.

15.6. Страховщик, при необходимости, на основании п. 8 ст. 10 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», может получать документы и информацию, необходимые для решения вопроса о страховой выплате, в организациях, включая государственные органы и организации, фонды обязательного медицинского страхования, медицинские учреждения и учреждения медико-социальной экспертизы, в целях исполнения договора страхования вне зависимости от срока и/или периода страхования.

15.7. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано (полностью или частично) путем направления в письменной форме соответствующего заявления Страхователя в «Совкомбанк страхование» (АО) по адресу: Россия, 125284, г. Москва, Ленинградский пр-кт, д. 35, стр. 1, ответственному за организацию обработки персональных данных в «Совкомбанк страхование» (АО). В случае отзыва Страхователем согласия на обработку персональных данных Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Страхователя при наличии оснований, указанных в п. 2 ст. 9 №152-ФЗ.

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

16.1. Если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации, все споры по Договорам страхования, заключенным в рамках настоящих Правил, разрешаются в претензионном порядке.

16.2. В претензии указываются сведения, предусмотренные п.14.4 настоящих Правил, суть требования и фактические обстоятельства, на которых основаны заявленные требования, а также доказательства, подтверждающие эти обстоятельства. К претензии прилагаются надлежащие копии документов, обосновывающие изложенные в претензии требования, а также банковские реквизиты лица, имеющего право на страховую выплату.

16.3. Если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации, претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения.

Страховые тарифы

1. Базовые страховые тарифы

Таблица 1. Базовые страховые тарифы на одно Застрахованное лицо

Вид медицинской помощи	Базовый страховой тариф, % от страховой суммы
Амбулаторно-поликлиническая помощь	10,3910
Стационарная помощь	1,0110
Скорая неотложная медицинская помощь	0,4620
Медицинская помощь на дому	0,4660
Стоматологическая помощь	9,9900
Медикаментозное обеспечение	95,9980
Лечение критических заболеваний	18,6090
Телемедицина	1,1460

2. Поправочные коэффициенты

2.1. Базовые страховые тарифы рассчитаны при условии применения всех исключений, предусмотренных Правилами. В зависимости от перечня исключений, предусмотренного договором страхования, базовые страховые тарифы могут быть скорректированы поправочными коэффициентами: 0,3 – 1,0 в случае расширения перечня исключений по отношению к приведенному в Правилах и 1,0 – 4,0 в случае сужения.

2.2. Базовые страховые тарифы могут быть скорректированы коэффициентами 0,7 – 1,5 в случае исключения из договора страхования отдельных положений Правил или добавления в договор положений, не изложенных в Правилах, если эти положения влияют на степень страхового риска.

2.3. Базовые страховые тарифы соответствуют базовой страховой сумме на одно Застрахованное лицо, указанной в Таблице 2. В зависимости от фактического размера страховой суммы к базовым страховым тарифам может применяться поправочный коэффициент из Таблицы 3.

Таблица 2. Базовая страховая сумма на одно Застрахованное лицо в зависимости от вида медицинской помощи

Вид медицинской помощи	Базовая страховая сумма на одно Застрахованное лицо, руб.
Амбулаторно-поликлиническая помощь	2 500 000
Стационарная помощь	5 000 000
Скорая неотложная медицинская помощь	1 000 000
Медицинская помощь на дому	1 000 000
Стоматологическая помощь	1 000 000
Медикаментозное обеспечение	19 000
Лечение критических заболеваний	1 000 000
Телемедицина	500 000

Таблица 3. Поправочный коэффициент в зависимости от фактического размера страховой суммы

Отношение фактической страховой суммы к базовой страховой сумме	Диапазон поправочного коэффициента
<1,00	1,00 – 5,00
1,00 – 5,00	1,00 – 0,25
5,00 – 10,00	0,25 – 0,14
>10,00	0,14 – 0,05

2.4. Базовые страховые тарифы соответствуют условию уменьшения страховой суммы на величину осуществленной страховой выплаты. Если договором страхования предусмотрена неагрегатная страховая сумма, то к базовому тарифу может применяться повышающий коэффициент 1,0 – 1,5.

2.5. Если договором страхования установлены лимиты выплаты, то к базовым страховым тарифам может применяться понижающий коэффициент 0,5 – 1,0, зависящий от размера и вида лимитов выплаты.

2.6. При страховании с франшизой к базовому страховому тарифу применяется понижающий коэффициент 0,5 – 1,0, зависящий от типа и размера франшизы.

2.7. Базовые страховые тарифы рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии. При уплате страховой премии в рассрочку к базовым страховым тарифам может применяться повышающий коэффициент из диапазона 1,0 – 1,25, зависящий от количества и сроков платежей.

2.8. Базовые страховые тарифы рассчитаны на срок страхования 1 год. При сроке страхования менее года к базовым страховым тарифам применяется поправочный коэффициент (Таблица 4). При сроке страхования более 1 года страховой тариф получается умножением годового страхового тарифа на срок страхования, выраженный в годах.

Таблица 4. Поправочный коэффициент в зависимости от срока страхования

Срок, мес.	Менее 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Поправочный коэффициент	0,15	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

2.9. Если договором страхования предусмотрено возмещение расходов застрахованного лица, произведенных им для получения медицинских и (или) иных услуг, то к базовым страховым тарифам может применяться коэффициент 1,0 – 10,0 в зависимости от видов услуг и перечня медицинских (и иных) учреждений, предусмотренных договором страхования (программой).

2.10. Если Договором страхования предусмотрена компенсация расходов по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу по показаниям в специализированных медицинских организациях, не сотрудничающих со Страховщиком, к базовому страховому тарифу может применяться повышающий коэффициент 1,0 – 6,0.

2.11. Также к базовым страховым тарифам могут применяться поправочные коэффициенты, учитывающие влияние различных обстоятельств на степень страхового риска, приведенные в таблице 5. Таблица 5. Поправочные коэффициенты в зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска

Факторы, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов
Ценовой уровень медицинских и иных учреждений, сервисных компаний, стандарты оказания медицинской помощи медицинскими учреждениями	0,2 - 3,0
Перечень и объем медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, предоставляемых согласно договору страхования (программе)	0,2 – 2,5
Кратность предоставления услуг	0,1 - 2,0
Пол и возраст застрахованного лица	0,7 - 4,0
Состояние здоровья застрахованного лица	0,7 - 4,0
Род занятий и увлечений застрахованного лица, профессия застрахованного лица	0,8 - 3,0
Регион пребывания застрахованного лица, территория действия договора страхования	0,7 - 1,5
Количество застрахованных лиц по договору страхования	0,1 - 7,0
История страхования по предыдущим договорам страхования	0,8 - 3,0
Прочие факторы, имеющие существенное значение для определения степени риска	0,85 – 1,3

2.11. Базовые страховые тарифы рассчитаны при максимальной нагрузке, которая согласно структуре тарифной ставки, равна 90%. Если нагрузка f составляет менее 90%, то к базовым страховым тарифам применяется понижающий коэффициент, определяемый по формуле:

$$K = \frac{0,10}{1 - \frac{f}{100}}$$