



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 933
от «31» декабря 2020 г.

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(номер по классификатору 109, редакция 2)

г. Ханты-Мансийск, 2020

1. Общие положения

1.1. Настоящие «Правила медицинского страхования» (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) и содержат в себе стандартные условия, на которых Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория» заключает, исполняет и прекращает договоры медицинского страхования.

2. Субъекты страхования. Термины и определения

2.1. В настоящих Правилах применяются следующие понятия и определения:

2.1.1. **Страховщик** – Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория».

2.1.2. **Страхователь** – юридическое и дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования и уплатившее страховую премию. Страхователями могут выступать российские, иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства.

2.1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** – гражданин РФ, иностранный гражданин или лицо без гражданства, в пользу которого заключен договор страхования. По тексту Правил страхования Застрахованное лицо также может именоваться Выгодоприобретателем.

2.1.4. В случае если договор заключен Страхователем – физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица. Страхователи – юридические лица заключают договор страхования в отношении физических лиц, указанных в договоре.

2.1.5. Могут быть приняты на страхование на специальных условиях следующие категории граждан:

- лица, зараженные особо опасными инфекционными болезнями (оспа, полиомиелит, тяжелый острый респираторный синдром (Торс), холера, чума, вирусные геморрагические лихорадки, сибирская язва);
- лица, которые на момент заключения договора страхования имеют инвалидность по любому заболеванию;
- больные синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носители вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- лица, состоящие на учете в туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических диспансерах;
- лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах, лица со стойкими нервными или психическими расстройствами;
- госпитализированные на дату заключения договора;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы;
- лица, в отношении которых возбуждено уголовное дело.

2.1.6. **Договор медицинского страхования** (далее – договор, договор страхования, договор добровольного медицинского страхования) – соглашение между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемыми «Стороны»), согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного договором события (страхового случая) организовать и оплатить медицинские, а также иные услуги, предусмотренные договором страхования, в пределах обусловленной договором страховой суммы.

2.1.7. **Медицинские учреждения** – организации любой формы собственности (лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные, санаторно-курортные учреждения и другие учреждения) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на

территории РФ и/или за ее пределами, имеющие лицензии (разрешение, патент, иной документ) на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются, привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным лицам вследствие расстройства здоровья или состояния здоровья, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного физического лица угроз и/или устраняющих их.

2.1.8. Иные учреждения – организации любой формы собственности и физические лица, осуществляющие в соответствии с законодательством страны места их нахождения, оказание иных услуг Застрахованному лицу вследствие расстройства его здоровья или состояния такого лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

2.1.9. Медицинские услуги (медицинская помощь) – комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической (в том числе иммунопрофилактической), фармацевтической (лекарственной) и др.

2.1.10. Иные услуги – услуги немедицинского характера, оказываемые Застрахованному лицу вследствие расстройства его здоровья или состояния такого лица, требующие организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их, в том числе, транспортные услуги (включая транспортировку, эвакуацию, репатриацию), услуги по размещению (проживанию), питанию, визовой поддержке и другие услуги, предусмотренные договором страхования.

2.1.11. Телемедицинские технологии – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

2.1.12. Страховщик обеспечивает организацию оказания медицинских и иных услуг как непосредственно, так и через Сервисные компании (компания ассистанс).

Сервисная компания (компания ассистанс) – специализированная организация, указанная в договоре страхования, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования Застрахованному лицу.

2.1.13. Франшиза – определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза может быть условная, безусловная или временная.

При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

При **безусловной франшизе** расходы по каждому страховому случаю возмещаются за вычетом франшизы.

При **временной франшизе** устанавливается период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого выплаты при возникновении события, имеющего признаки страхового случая, не производятся.

2.2. Страховщик вправе на основании настоящих Правил формировать полисные условия страхования, программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования (далее – страховой продукт), ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей / Застрахованных лиц. Такие условия

страхования, программы страхования прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

2.3. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия страховым продуктам, заключенным на основе настоящих Правил.

3. Объект страхования

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния Застрахованного физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного физического лица угроз и/или устраняющих их (далее по тексту – медицинских и иных услуг).

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в медицинских и иных учреждениях, указанных в договоре страхования, либо иным образом оговоренных (установленных) Страховщиком.

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.

4.2. По Договору страхования, заключаемому на условиях настоящих Правил, подлежит страхованию риск обращения Застрахованного лица в медицинское и иное учреждение за медицинскими и иными услугами, либо к Страховщику за организацией оказания таких услуг, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

4.3. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования или иного согласованного срока в медицинское или иное учреждение за медицинскими и иными услугами в порядке и в пределах их перечня, которые предусмотрены договором страхования, либо к Страховщику за организацией оказания услуг, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих организации и оказания медицинских и иных услуг, и повлекшее возникновение обязанности Страховщика произвести их оплату (осуществить организацию оказания услуг).

4.4. Страховым случаем не является, Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу (если иное не определено соглашением сторон или законодательством РФ):

4.4.1. в медицинских и иных учреждениях, не предусмотренных договором страхования и/или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.4.2. не предусмотренные договором страхования и/или не согласованные со Страховщиком;

4.4.3. при обращении в медицинское учреждение в связи с:

4.4.3.1. травмой или иным расстройством здоровья, полученным в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического или иного опьянения;

4.4.3.2. травмой или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным умышленного противоправного действия, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

4.4.3.3. покушением на самоубийство;

4.4.3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений;

4.4.3.5. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;

4.4.3.6. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

4.4.3.7. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

5. Страховая сумма. Страховой тариф, страховая премия. Форма и порядок уплаты страховой премии

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. В рамках страховой суммы по договору может устанавливаться максимальная сумма страховых выплат (лимит ответственности). Лимит ответственности может устанавливаться по одному страховому случаю, по виду медицинских и иных услуг, на одно застрахованное лицо и пр.

5.3. Страховая сумма определяется при заключении договора страхования по соглашению сторон и может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

5.4. Страховая премия – это плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

5.5. Страховая премия исчисляется из размера установленной страховой суммы и страхового тарифа.

Страховая премия по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. При оплате в рублях страховой премии, установленной в иностранной валюте, используется курс Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иное не установлено соглашением сторон.

5.6. Страховые тарифы дифференцируются в зависимости от видов медицинской помощи, перечня медицинских и иных услуг, срока страхования, состояния здоровья Застрахованного лица, количества застрахованных лиц, а также иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая.

5.7. Страховой тариф определяется по соглашению Сторон при заключении договора страхования.

5.8. Уплата страховой премии может производиться единовременно или в рассрочку, наличными деньгами или путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя). Порядок уплаты страховых взносов определяется условиями договора страхования.

5.9. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

– в случае уплаты в безналичном порядке – день перечисления суммы страховой премии (страхового взноса) на банковский счет Страховщика (уполномоченного представителя Страховщика);

– в случае уплаты наличными деньгами – день получения суммы страховой премии (страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика.

5.10. В случае неуплаты страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.11. В случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или оплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия должна была быть уплачена полностью, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора страхования. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты очередного страхового взноса, а также оплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их и в безналичном порядке. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

При неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность), в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно при неуплате очередного страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

5.12. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае если страховое событие наступило ранее, чем Страхователь полностью оплатил страховую премию, предусмотренную Договором страхования, порядок уплаты страховой премии изменяется, а именно: неуплаченная часть премии подлежит уплате Страхователем в течение 5 рабочих дней с момента получения от Страховщика письменного требования об оплате.

5.13. Стороны при заключении Договора страхования могут предусмотреть иные последствия неуплаты страховой премии (ее взносов) в установленный договором срок.

6. Договор страхования. Порядок заключения и оформления

6.1. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах и их численности);
- о страховом случае, порядке обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг;
- о размере страховой суммы;
- о размере, сроках и порядке внесения страховой премии;
- о сроке действия договора.

6.2. Договор страхования может заключаться путем составления одного документа либо путем вручения Страхователю на основании его устного или письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

Договор страхования может быть также заключен путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами 160 ГК РФ.

В случае заключения договора страхования в форме электронного документа Страхователь направляет Страховщику заявление о заключении договора страхования в электронной форме с использованием официального сайта страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком при осуществлении добровольного страхования устанавливаются настоящими Правилами страхования и (или) иным соглашением между указанными лицами с соблюдением требований Федерального закона от 7 августа 2001 года N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" и Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи".

6.3. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет, кроме заявления на страхование (если заполнялось), Страховщику следующие сведения и документы (их заверенные копии):

6.3.1. для физического лица:

6.3.1.1. документы, удостоверяющие личность Страхователя и Застрахованного;

6.3.1.2. документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) на территории РФ;

6.3.1.3. медицинскую анкету, анкету физического лица или индивидуального предпринимателя;

6.3.2. для юридического лица:

6.3.2.1. учредительные документы;

6.3.2.2. документы о государственной регистрации юридического лица;

6.3.2.3. выписку из Единого государственного реестра юридических лиц (ЕГРЮЛ);

6.3.2.4. выписку из реестра юридических лиц страны происхождения, а также сертификат об инкорпорации иностранной компании;

6.3.2.5. документы, подтверждающие полномочия лица, представляющего Страхователя (договор, доверенность, общегражданский паспорт и пр.);

6.3.2.6. поименный список лиц, подлежащих страхованию (с указанием паспортных данных, места жительства, даты рождения, адреса фактического проживания, контактного телефона), подписанный уполномоченным лицом Страхователя – юридического лица;

6.3.2.7. анкету юридического лица.

Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов, запрашиваемых у Страхователя.

6.4. При заключении договора страхования, Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени риска в отношении принимаемого на страхование лица (лиц).

6.5. Существенными обстоятельствами, имеющими значение для оценки страхового риска, признаются сведения о Застрахованном лице, состоянии его здоровья, о его профессии и образе жизни.

6.6. В целях оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать проведения за счет Страхователя предварительного медицинского обследования лиц, подлежащих страхованию. Обследование страхуемого лица не производится, если договоры страхования заключается в виде электронных документов в порядке, установленном законодательством РФ.

6.7. На основании предоставленных документов Застрахованного лица, результатов проведенного обследования и/или анкетирования, Страховщиком определяется принадлежность Застрахованного к определенной группе риска, с учетом которой Страховщик определяет страховой тариф для расчета суммы страховой премии:

1 группа	Практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе простудные заболевания, травмы, аппендицит, грыжу, с умеренной выраженностью вредных привычек, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда, у которых при
----------	---

	обследовании впервые выявлено (при анкетировании определено) острое или хроническое заболевание легкого течения, требующее консервативного лечения.
2 группа	Лица с повышенным риском наступления осложнения имеющегося заболевания или его неблагоприятного течения, с отягощенной наследственностью по диабету, онкологическим, сердечно-сосудистым, почечным и психическим заболеваниям, перенесшие черепно-мозговые травмы, злоупотребляющие алкоголем и курением, работающие на производстве с особо вредными условиями труда, у которых имеется острое или хроническое заболевание с рецидивирующим течением, не требующее хирургического лечения.
3 группа	Больные с рецидивирующими (не менее 2 раз в году) или осложненными заболеваниями (лица трудоспособного возраста, с тяжелыми заболеваниями в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными средствами, работающие на производстве с особо вредными условиями труда), течение которых носит взаимоотношающийся характер.
4 группа	Больные с травмами, тяжелыми острыми или хроническими заболеваниями, требующими сложных методов обследования или лечения, в том числе, хирургического.

6.8. При отказе Застрахованного лица от прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе самостоятельно отнести Застрахованное лицо к той или иной группе риска, исходя из имеющихся у Страховщика документов и сведений.

6.9. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае установления факта сообщения Страхователем о себе или Застрахованном заведомо ложных сведений, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

6.10. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского кодекса РФ.

6.11. При коллективном страховании, одновременно с договором страхования, Страхователю (Застрахованным) выдаются индивидуальные страховые документы (страховые полисы, сертификаты и пр.), содержащие сведения о Застрахованном, номере договора страхования, страховой сумме, сроке страхования, условиях страхования (далее – индивидуальный страховой полис).

6.12. Застрахованный не имеет права передавать индивидуальный страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу вышеуказанные документы с целью получения им медицинских и иных услуг по договору страхования, Страховщик имеет право исключить данное лицо из числа Застрахованных в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление. Возврат страховой премии в этом случае производится в порядке, аналогичном предусмотренному в пункте 8.4. В том случае, если Страховщик оплатит услуги, оказанные лицу, которому Застрахованный передал свой индивидуальный страховой полис, Застрахованный обязан возместить Страховщику стоимость таких услуг.

6.13. При утрате Застрахованным индивидуального страхового полиса, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный индивидуальный страховой полис признается недействительным и не может являться основанием для получения

медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования. В таком случае Застрахованному выдается новый индивидуальный страховой полис. При повторной утрате индивидуального страхового полиса в течение действия договора страхования, Страховщик имеет право потребовать от Страхователя уплаты платежа в размере фактической стоимости его изготовления.

7. Срок действия договора страхования

7.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.2. Срок действия договора может определяться путем указания моментов времени и/или календарных дат, которые определяют его начало и окончание, либо путем указания интервала времени и момента, который определяет его начало.

7.3. При страховании на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в зависимости от срока страхования, если иное не предусмотрено соглашением сторон:

Срок страхования (мес.)	Процент от размера годовой страховой премии
1	20
2	30
3	40
4	50
5	60
6	70
7	75
8	80
9	85
10	90
11	95

7.4. Страхование, обусловленное договором, распространяется на страховые случаи, наступившие в течение срока действия договора, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса), если договором страхования не предусмотрен иной срок.

8. Прекращение действия договора страхования

8.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случае:

8.1.1. истечения срока действия договора страхования;

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;

8.1.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере, если иное не предусмотрено договором страхования;

8.1.4. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;

8.1.5. признания судом договора страхования недействительным;

8.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

8.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено п. 8.6. настоящих Правил и/или договором.

8.3. В случае досрочного прекращения действия договора страхования в части одного или нескольких Застрахованных по инициативе Страхователя, страховая премия за

неистекший срок страхования может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же договора и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по действующему договору.

8.4. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю часть оплаченной страховой премии за неистекший срок действия договора за вычетом расходов на ведение дела в соответствии со структурой тарифной ставки.

8.5. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику индивидуальные страховые полисы.

8.6. Страхователь имеет право отказаться от договора добровольного страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения («период охлаждения»), если больший срок не предусмотрен условиями отдельных договоров (страховых продуктов), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, при этом оплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в следующем порядке:

8.6.1. в случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала периода страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

8.6.2. в случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения, но после даты начала периода страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия периода страхования до даты прекращения действия периода страхования;

8.6.3. договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней с даты его заключения;

8.6.4. возврат Страхователю страховой премии осуществляется в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.7. Действие п. 8.6. не распространяется на осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления ими трудовой деятельности.

9. Изменение страхового риска

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно письменно уведомлять Страховщика о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении или изменении договора.

9.2. Значительными изменениями в обстоятельствах признаются любые изменения в состоянии здоровья Застрахованного лица, образе его жизни, профессии по сравнению с тем, как они были определены при заключении договора страхования.

9.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной суммы страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

9.4. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной суммы страховой премии, то Страховщик вправе потребовать

расторжения договора и возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством РФ.

10. Права и обязанности Сторон

10.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

- 10.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;
- 10.1.2. требовать предоставления Застрахованному в медицинских и иных учреждениях медицинских и иных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования;
- 10.1.3. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских и иных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу;
- 10.1.4. в течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, расширить перечень медицинских и иных учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской и иной помощи, повысить размер страховой суммы, изменить количество Застрахованных или внести другие изменения в условия договора страхования, не противоречащие действующим нормативным актам, заключив со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом, в случае необходимости, дополнительный страховой взнос. При этом Застрахованное лицо может быть заменено страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика;
- 10.1.5. досрочно расторгнуть договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись в письменной форме к Страховщику;
- 10.1.6. отказаться от договора страхования в любое время;
- 10.1.7. запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.
- 10.1.8. получить по запросу бесплатно один раз заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии) по Договору страхования, подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

10.2. Страховщик имеет право:

- 10.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора;
- 10.2.2. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по договору страхования;
- 10.2.3. отказать в оплате медицинских и иных услуг в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;
- 10.2.4. требовать от Страхователя обеспечить прохождение медицинского освидетельствования/анкетирования Застрахованным лицом в любое время, а также требовать в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению страхового риска или изменений условий договора, а в случае отказа Страхователя – также досрочного расторжения договора страхования; а в случае выявления фактов представления недостоверных сведений, в том числе, влияющих на степень риска (например, возраста, Застрахованных, состояния их здоровья), сообщенных при заключении Договора – требовать признания его недействительным. При этом Страхователь обязан возместить Страховщику понесенные расходы по оплате оказанных медицинских и иных услуг Застрахованному лицу;

10.2.5. досрочно расторгнуть договор страхования или исключить лицо из числа Застрахованных в случаях, предусмотренных условиями настоящих Правил и договора с письменным уведомлением Страхователя об этом;

10.2.6. требовать от Застрахованного/Страхователя компенсации расходов Страховщика, возникших в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима.

10.2.7. продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты, если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке - до предоставления вышеуказанных документов, оформленных надлежащим образом.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную договором страхования страховую премию (страховые взносы);

10.3.2. представить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения;

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

10.3.4. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

10.3.5. обеспечить прохождение медицинского освидетельствования и/или анкетирования Застрахованным лицом в любое время в течение действия договора по требованию Страховщика;

10.3.6. предоставить полные банковские реквизиты (иные сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты) для перечисления Страховщиком страховой выплаты (при получении выплаты страхового возмещения в денежной форме).

10.4. Застрахованный обязан:

10.4.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.4.2. заботиться о сохранности индивидуального страхового полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

10.4.3. пройти медицинское освидетельствование и/или анкетирование в любое время в течение действия договора по требованию Страховщика;

10.4.4. в максимально короткие сроки сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, а также об изменении персональных данных (фамилии, имени, отчества, места жительства);

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

10.5. Страховщик обязан:

10.5.1. предоставить/направить Страхователю Правила страхования, оформить и вручить/направить Страхователю договор страхования со всеми предусмотренными приложениями к нему, а также разъяснить Страхователю основные положения, содержащиеся в Правилах страхования и договоре страхования. При этом, в случае направления вышеперечисленных документов посредством электронного документооборота, Страховщик обязан предоставить по требованию Страхователя текст документов на бумажном носителе;

10.5.2. выдать Страхователю страховые документы установленной формы;

10.5.3. при наступлении страхового события организовать и оплатить медицинские и иные услуги в порядке, установленном в договоре страхования;

10.5.4. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным);

10.5.5. контролировать объем, сроки и качество медицинской и иной помощи, оказанной Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, медицинская и иная помощь в которых была организована Страховщиком.

10.5.6. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений любым доступным способом.

10.5.7. после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая: по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) проинформировать его обо всех предусмотренных договором страхования и (или) Правилами страхования необходимых действиях, с указанием на перечень документов, требуемых для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов; проинформировать Страхователя о форме и способах осуществления страховой выплаты из числа указанных в договоре страхования и порядке их изменения

10.5.8. в случае непредоставления банковских реквизитов, а также других документов и сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о факте приостановки срока осуществления страховой выплаты и запросить недостающие документы и сведения.

10.5.9. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копии действующего договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (правил страхования, программ, планов, дополнительных условий и других документов в соответствии с условиями указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.) бесплатно один раз.

10.5.10. по требованию Страхователя/ Выгодоприобретателя/Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и договоре страхования.

11. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

11.1. Страховая выплата осуществляется в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования или оплаты организации их оказания Застрахованному лицу.

11.2. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный в порядке, предусмотренном договором страхования, обращается:

11.2.1. в медицинские и иные учреждения, предусмотренные договором страхования;

11.2.2. к Страховщику по контактными телефонам, указанным в страховых документах;

11.2.3. в специализированную сервисную компанию, обеспечивающую организацию медицинской и иной помощи в соответствии с условиями договора страхования, по контактными телефонам, указанным в страховом полисе.

11.3. Оплата стоимости медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и иных услуг по ценам и в сроки, которые согласованы между Страховщиком, медицинским и иным учреждением, сервисной компанией, после выставления последними Страховщику счета по оказанным услугам.

11.4. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских и иных учреждений только в пределах страховой суммы.

11.5. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг сверх страховой суммы (лимита ответственности) эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер страховой премии, подлежащей доплате, срок и порядок ее уплаты определяется Страховщиком и отражается в дополнительном соглашении к договору.

11.6. При отказе Страхователя в оплате страховой премии согласно п. 11.5 Правил, решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств принимается Застрахованным лицом индивидуально.

11.7. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) перечислением на его счет.

При несении расходов в иностранной валюте расходы возмещаются в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день несения расходов, если иное не установлено соглашением сторон.

11.8. Для возмещения понесенных расходов Страхователь (Застрахованный) обязан в течение 30 дней после оплаты медицинских и иных услуг обратиться к Страховщику и предоставить:

- договор страхования;
- документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом услуги (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, амбулаторная карта, рецепт и пр.);
- документ, подтверждающий факт оплаты полученной услуги (счет, кассовый чек, квитанция).
- банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты.

11.9. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные после окончания срока действия договора.

11.10. Страховая выплата не производится, если произошедшее событие не является страховым случаем (исключено из страхового риска) в соответствии с настоящими Правилами страхования, не подтверждено документально или Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с законодательством РФ.

11.11. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если случай, имеющий признаки страхового наступил вследствие умысла Страхователя (Выгодоприобретателя), направленного на наступление страхового случая, если иного не предусмотрено законодательством РФ.

11.12. С целью подтверждения события, имеющего признаки страхового случая и получения выплаты страхового возмещения Страхователь и/или Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота), следующие документы (оригиналы или надлежащим образом заверенные копии):

- документы, необходимые для идентификации Выгодоприобретателя/Застрахованного лица/получателя страховой выплаты (в случае, если на этапе заключения договора страхования идентификация указанных лиц не осуществлялась).
- документы, удостоверяющие личность получателя выплаты (Страхователя, Выгодоприобретателя и их представителей), если получателем страховой выплаты не

является лицо, обратившееся за выплатой. При этом, срок урегулирования требования о страховой выплате начинается не ранее получения Страховщиком данного документа;

- документы, предусмотренные п. 11.8. настоящих Правил страхования.

11.13. При обращении за выплатой представителя Страхователя и/или Выгодоприобретателя у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления и на получение страхового возмещения.

11.14. При обращении за выплатой наследников Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, дополнительно необходимо представить Свидетельство о праве на наследство.

11.15. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) не полного перечня документов, необходимых для принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, предусмотренных настоящими Правилами и (или) договором страхования и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил страхования и (или) договора страхования Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- любым доступным способом уведомить об этом лицо, подавшее заявление на страховую выплату, с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в срок не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня предоставления Страховщику заявления о наступлении события, обладающего признаками страхового случая, и документов, необходимых для принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, предусмотренных настоящими Правилами и/или Договором страхования.

11.16. Страховщик вправе назначить освидетельствование Застрахованного лица. Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом, если в соответствии с договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем).

11.17. Страховщик обязан по устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), при условии возможности идентификации лица, обратившегося с заявлением в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" после принятия решения о страховой выплате, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, предоставить информацию о расчете суммы страховой выплаты, включая:

- страховую сумму/сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, либо указание на компенсацию ущерба в натуральной форме с перечнем имущества передаваемого выгодоприобретателю, ремонтных работ;

- порядок расчета страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа застрахованного имущества

- исчерпывающую информацию и документы, на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате.

11.18. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления о выплате и всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами и (или) Договором страхования (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящим Правилами и (или) Договором страхования),

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составить и утвердить страховой акт (иной документ о выплате) и осуществить страховую выплату;

- в случае непризнания произошедшего события страховым случаем принять решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщить Страхователю (Выгодоприобретателю) с указанием основания принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе;

- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принять решение об отсрочке страховой выплаты до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, предусмотренных настоящими Правилами и препятствующих выплате, о чем письменно известить Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

Срок рассмотрения документов исчисляется со дня следующего за днем получения Страховщиком заявления о событии, обладающем признаками страхового случая, и всех предусмотренных Правилами и Договором страхования документов.

11.19. В случае принятия решения об отказе в выплате Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе направляет Страхователю и/или Выгодоприобретателю письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота).

11.20. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

11.21. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

12. Ответственность сторон

12.1. Ответственность Страховщика:

12.1.1. в случае необоснованного отказа медицинского и иного учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных условиями Договора страхования, неполного или некачественного оказания услуг, Страховщик на основании письменного заявления Застрахованного принимает меры, направленные на предоставление Застрахованному предусмотренных Договором страхования услуг в полном объеме. Обоснованность претензий Застрахованного определяется Страховщиком;

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

12.1.3. во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских и иных технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений, а также оздоровительных и иных применяемых процедур или методов оказания услуг.

12.2. Ответственность Застрахованного (Страхователя):

12.2.1. в случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинском и ином учреждении, учреждение вправе прекратить обслуживание Застрахованного, в том числе, выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в медицинских документах;

12.2.2. при необоснованном вызове Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям Страховщик или ином использовании медицинских и иных услуг в нарушение настоящих Правил и договора страхования, Страховщик вправе требовать досрочного расторжения Договора страхования в отношении данного Застрахованного, направив Страхователю письменное уведомление.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, в том числе, если:

12.2.2.1. вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

12.2.2.2. при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского и иного обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;

12.2.2.3. вызов осуществлен не в медицинских целях;

12.2.2.4. вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при попытке самоубийства, если иного не предусмотрено законодательством РФ.

13. Особые условия

13.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. По соглашению Сторон в Договор могут быть внесены дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

13.2. Согласованные положения договора имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

13.3. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

13.4. Вся необходимая медицинская документация: листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и др. – выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству РФ или месту оказания услуг.

13.5. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской и иной документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, условия оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

13.6. Оказание услуг Застрахованному лицу врачами с использованием телемедицинских технологий осуществляется в режиме реального времени с использованием видеосвязи, аудио связи, путем обмена сообщениями и файлами. В целях идентификации и аутентификации Застрахованных лиц используется единая система идентификации и аутентификации в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством РФ. Консультации врачами осуществляются с использованием оборудования Застрахованного лица: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать определенным сторонами при заключении Договора страхования техническим требованиям.

Застрахованному лицу предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного лица дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

Застрахованное лицо до оказания получения консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному лицу диагнозах, перенесенных Застрахованным лицом заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает врачу копии необходимых документов.

При оказании медицинских услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врачу информирует Застрахованное лицо о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

При оказании медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий Страховщик и Страхователь руководствуются настоящими Правилами, условиями заключенного Договора страхования, а также законодательством, регулирующим особенности оказания медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий.

14. Разрешение споров

14.1. При наличии разногласий между Страхователем и Страховщиком относительно исполнения своих обязательств по Договору страхования Сторона, интересы которой требуют защиты, направляет другой стороне претензию с указанием сути претензий (требований) и приложением документов, обосновывающих заявленные требования.

14.2. Претензия подлежит рассмотрению в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

14.3. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 04 июля 2018 года № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного по правам потребителя финансовых услуг решения по его обращению.

Страхователь должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

14.4. Страховщик обязан рассмотреть данную претензию и направить мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом

службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

- в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня получения претензии в иных случаях.

14.5. После получения ответа на претензию или в случаях неполучения ответа Страховщика в установленные сроки, Страхователь вправе обратиться к финансовому уполномоченному в порядке, установленном Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

15. Почтовые уведомления

15.1. Вся переписка между Страховщиком и Страхователем осуществляется по почтовым адресам, указанным в договоре страхования (полисе). Каждая из Сторон обязана известить другую Сторону об изменении таких адресов в течение 3 (трех) дней с даты его изменения в письменной форме, при этом риски неполучения корреспонденции в связи с неуведомлением о таком изменении лежат на Стороне, не исполнившей данную обязанность.

15.2. Уведомление, направленное по почтовому адресу, указанному в договоре страхования (полисе), считается доставленным и полученным адресатом по истечении 10 дней после его отправки, дата которой подтверждается штемпелем на конверте, либо ином документе о направлении такого уведомления, в том числе, в случае возврата почтовой корреспонденции с указанием, что сторона по адресу, указанному в договоре, не значится («выбыл») или за окончанием срока хранения.

15.3. Иной срок, по истечении которого направленное уведомление считается доставленным и полученным адресатом, а также порядок такого уведомления может быть изменен по соглашению сторон в договоре страхования (полисе).

16. Особенности заключения договоров страхования в электронной форме

16.1. В случаях, установленных Страховщиком, Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами может быть заключен в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (www.ugsk.ru, далее – официальный сайт, сайт Страховщика).

При этом указанный официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

16.2. Страховщик может установить ограничение использования сайта для заключения, изменения, прекращения действия договоров страхования в электронной форме по отдельным видам страховых продуктов.

16.3. Создание и отправка страхователем страховщику информации в электронной форме для заключения, изменения и прекращения договора страхования осуществляются с использованием официального сайта Страховщика через персональную страницу Страхователя на данном сайте (далее – личный кабинет).

16.4. Создание личного кабинета и доступ к нему Страхователя осуществляется путем идентификации, аутентификации/авторизации, то есть установления личности Страхователя и удостоверения правомочности его обращения к Страховщику с указанием следующих сведений: фамилия, имя, отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации), адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при наличии), адреса его электронной почты, абонентского номера, выделенного оператором подвижной радиоэлектронной связи (мобильного телефона) (при наличии), иных необходимых сведений.

16.5. Страховщик вправе потребовать предоставления копий документов,

подтверждающих предоставленные Страхователем сведения посредством загрузки их на сайте Страховщика в графических форматах (pdf, jpg, jpeg, bmp, png, tif, gif.). Условия создания и использования личного кабинета подлежат размещению на сайте Страховщика.

16.6. Доступ к официальному сайту Страховщика для совершения действий, связанных с заключением, изменением, прекращением договора страхования, может осуществляться страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) с использованием единой системы идентификации и аутентификации.

Доступ к сайту Компании Страхователя – физического лица, в том числе, с использованием единой системы идентификации и аутентификации осуществляется с согласия страхователя – физического лица на передачу персональных данных в информационные системы Компании, выраженного посредством совершения им действий, позволяющих достоверно установить его волеизъявление, в том числе, посредством проставления отметки в специально предусмотренных полях (графах), размещенных в запросных формах на сайте Страховщика.

16.7. После создания личного кабинета Страховщик направляет на указанные Страхователем абонентский номер и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, позволяющим использовать личный кабинет для осуществления страхования и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

16.8. Создание личного кабинета Страхователя – юридического лица осуществляется при условии использования юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписи клиента – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

16.9. Сведения, необходимые для создания личного кабинета Страхователя на сайте Компании, могут быть предоставлены лицом, намеревающимся заключить договор, также при его личном приеме в офисе Страховщика. В этом случае, Страховщик при личном приеме физического лица создает и предоставляет клиенту на бумажном носителе ключ простой электронной подписи для обеспечения заключения договора без необходимости осуществления действий для создания личного кабинета, и одновременно сообщает лицу, использующему простую электронную подпись, необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

16.10. Для заключения договора в электронной форме Страхователь на сайте Страховщика после создания личного кабинета заполняет заявление на страхование, либо предоставляет запрашиваемые Страховщиком сведения, а также предоставляет копии документов, предусмотренных Правилами страхования или условиями страхования на сайте Страховщика.

16.11. Заявление на страхование, поданное в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

16.12. При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов в электронном виде в графических форматах (pdf, jpg, jpeg, bmp, png, tif, gif.) путем их загрузки в личный кабинет.

16.13. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя - физического лица или усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи", признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица или уполномоченного представителя юридического лица.

16.14. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ "Об электронной подписи", пунктом 4 статьи 6.1 Закона РФ № 4015-1 от 27.11.1992, договор страхования, составленный в виде электронного документа, направляемый Страхователю на основании его заявления, и подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью уполномоченного представителя АО «ГСК «Югория».

16.15. При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования (полисе) и настоящих Правилах страхования, направленных на адрес его электронной почты и/или в его личный кабинет, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями Правил страхования, условиями страхования может подтверждаться в том числе, специальными отметками, проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

16.16. Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования, заключенного в виде электронного документа.

16.17. Исполнение договора страхования, заключенного в форме электронного документа, включая исполнение обязанностей сторон договора страхования, производится в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования.

16.18. К договору, заключенному в виде электронного документа, применяются положения настоящих Правил страхования, если они не противоречат положениям настоящего Раздела и существу обязательства.