

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС»

«Утверждаю»: Генеральный директор



Б. Макова

(Приказ № 01-1811/2021 от 18.11.2021 г.)

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

г. Смоленск

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски и страховые случаи
5. Страховая сумма. Размер и порядок оплаты страховой премии (страховых взносов). Франшиза.
6. Заключение, срок действия и прекращение договора страхования
7. Последствия изменения степени риска
8. Права и обязанности сторон
9. Порядок осуществления страховой выплаты
10. Персональные данные
11. Прочие условия
12. Порядок разрешения споров

Дополнительные условия №1 по осуществлению страховых выплат (особый порядок)

Приложение №1 «СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ»:

Программа № 1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Программа № 2 «Стационарная помощь»

Программа №3 «Стоматологическая помощь»

Программа № 4 «Комплексная медицинская помощь»

Программа № 5 «Реабилитационно-восстановительная помощь»

Программа № 6 «Ведение беременности»

Программа № 6 А «Акушерская помощь»

Программа № 7 «Лечение тяжелых заболеваний»

Программа № 8 «Медицинская помощь для иностранных граждан, временно пребывающих на территории РФ»

Программа № 9 «Лечение за рубежом»

Программа № 10 «АНТИКЛЕЩ»

Программа № 11 «Лекарственное обеспечение»

Программа №12 «Скорая медицинская помощь»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее-Правила) составлены в соответствии с действующим Российским законодательством и определяют порядок и условия заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования с юридическими и физическими лицами.

1.2. Добровольное медицинское страхование (далее-ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным получение медицинских и иных услуг. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении договора страхования или в период действия договора страхования, при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству. При этом условия договора страхования имеют преимущественную силу по сравнению с положениями настоящих Правил страхования.

1.3. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими Определениями.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховой тариф и порядок его отражения в договоре страхования устанавливаются по соглашению сторон.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Выжидательный период - промежуток времени, по истечении которого событие, предусмотренное договором страхования, свершившееся после истечения данного промежутка времени, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

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

Программа добровольного медицинского страхования – перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых Страховщиком, а также медицинских организаций (учреждений), сервисных компаний и иных организаций (учреждений), в которых Застрахованное лицо может получить медицинские и иные услуги. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования.

Сервисные компании – сервисные или ассистентские компании и организации, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения (учреждения) на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другую медицинскую организацию (учреждение) на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшей к месту постоянного проживания Застрахованного медицинской организации(учреждения)на территории РФ.

Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством:

- для иностранных граждан – до транспортного узла, ближайшего к месту проживания Застрахованного или до врача, больницы, ближайшей к аэропорту места проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного;
- Застрахованного, из страны пребывания, адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшей медицинской организации (учреждения) в стране постоянного проживания или гражданства для получения медицинской помощи;
- останков или праха до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный.

Иные услуги – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.);питание и проживание (нахождение) при стационарном,реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинской организацией различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских организациях (учреждениях); информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

Период охлаждения означает период времени, начинающийся со дня заключения договора страхования, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть договор страхования на условиях, изложенных в п. 6.11. настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен 14 (четырнадцать) календарных дней. Договором страхования срок периода охлаждения может быть увеличен.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, включенного в стоимость медицинских услуг, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных средств (и при необходимости их доставку) в медицинской организации или аптечной организации (учреждении), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинической медицинской организацией (учреждением) либо назначенных лечащим врачом стационарной медицинской организации (учреждения).

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

Сайт Компании - официальный сайт ООО РСО «ЕВРОИНС» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.euro-ins.ru

Официальный Сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в том числе для направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

1.4. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся обязательными для исполнения Страхователем, Страховщиком, Застрахованным и Выгодоприобретателем.

1.5. Договор страхования на основании настоящих Правил считается заключенным в том случае, если в договоре страхования прямо указывается на их применение, сами Правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. Вручение Страхователю настоящих Правил при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре

страхования. При этом Страхователь соглашается, что заключение договора страхования не исключает и не ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств и не содержит явно обременительные для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) условия, которые, исходя из своих разумно понимаемых интересов, Страхователь мог бы не принять при наличии у него возможности участвовать в определении условий договора страхования.

1.6. При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и медицинская организация (учреждение).

Страховщиком по договору страхования является Общество с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (ООО РСО «ЕВРОИНС»), осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и Лицензией на осуществление страховой деятельности по данному виду страхования. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

2.2. Страхователями по договору страхования являются юридические и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования на условиях настоящих Правил.

2.3. Застрахованный - названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса). Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

- а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- б) ВИЧ - инфицированы;
- в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;
- г) госпитализированы;
- д) имеют группу инвалидности.

При принятии вышеуказанных лиц на страхование в любом случае не являются страховыми случаями и не возмещаются расходы, а также не производится организация медицинской помощи в случаях, которые относятся к общим исключениям из Программ добровольного медицинского страхования, применимым к заключенному договору страхования.

2.5. Под медицинской организацией (учреждением) для целей настоящих Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг в объеме и на условиях Программы добровольного медицинского страхования (Программа) и приложений к ней, выбранных Страхователем, 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).

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях (учреждениях), имеющих соответствующую лицензию, а также сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом Полисе) или в приложении к нему, если иное не оговорено в договоре. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком или сервисными компаниями.

Страховщик несет ответственность за условия предоставления медицинской помощи, оказанной по Программам добровольного медицинского страхования, только в этих медицинских организациях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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.

Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую (иную) организацию по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния требующего оказания медицинской помощи.

4.2. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является:

4.2.1. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию (учреждение), сервисную компанию и /или иную организацию (учреждение) из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, состояниях требующих оказания медицинских услуг, и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и другой) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной и другой) помощью, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования (в соответствии с программой страхования Застрахованному по медицинским показаниям могут быть предоставлены услуги по репатриации);

4.2.2. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в течение срока действия договора страхования в соответствии со страховой программой в иные медицинские и/или аптечные организации (учреждения), помимо предусмотренных договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ) если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком.

4.3. Страховым случаем не является, и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если договором не оговорено иное:

4.3.1. в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком.

4.3.2. В связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

4.3.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

4.3.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

4.3.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

4.3.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;

4.3.4. в связи с умышленным причинением, Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

4.3.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

4.3.6. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию (учреждение) за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм и/или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО "РСО «ЕВРОИНС»".

4.4. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:

4.4.1 военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;

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

4.4.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.4.4. стихийными бедствиями.

4.5. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, бальнеологической, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки Программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

4.6. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период - промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования наступают по окончании выжидательного периода.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ). ФРАНШИЗА.

5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном договором страхования порядке, произвести страховую выплату.

5.1.1. Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных Программой страхования.

5.1.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого застрахованного лица.

5.1.3. Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и /или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу.

5.1.4. Установленная договором страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в течение действия договора страхования по конкретной Программе, виду помощи или заболеванию (если отдельные страховые суммы по видам помощи или заболеваниям предусмотрены договором).

5.1.5. Договор страхования считается исполненным Страховщиком, в полном объеме в части отдельной Программы или в целом с момента, когда страховые выплаты по Программе/договору страхования достигнут размера соответствующей страховой суммы.

5.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы, приведенные в Приложении 12 к настоящим Правилам.

При определении размера страховой премии Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено, заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

5.3. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

5.3.1. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон.

При этом Страховщик вправе вводить повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, экспертное определяемые по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного, устанавливаемые на основании анализа иных сведений, полученных при заключении

договора страхования, исходя из рода занятий Застрахованного, наличия привычек и других данных, влияющих на степень риска.

5.3.2. В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе устанавливать в следующем проценте от их годовых размеров, если в договоре не оговорено иное:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;
- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

5.4. Страховая премия по договорам страхования оплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.

5.5 Страховая премия оплачивается:

5.5.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;

5.5.2. в наличной форме в кассу Страховщика.

По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае страховая премия оплачивается в рублях по установленному договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день оплаты (перечисления)).

5.5.3. В Договоре страхования могут быть предусмотрены следующие условия при неуплате страховой премии, страхового взноса или оплате не в полном объеме:

- досрочное прекращение договора страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение договора страхования и взыскание со страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если договором страхования не предусмотрено ни одно из вышеуказанных условий последствия неуплаты в установленные сроки страховой премии, очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме, то действует следующее условие:

- действие Договора прекращается со дня, следующего за днем, установленным Договором для оплаты страховой премии, очередного страхового взноса. При этом Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке с уведомлением об этом Страхователя (Выгодоприобретателя).

5.6. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

5.6.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

5.6.2. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

5.6.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

5.6.4. В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза- период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение, которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования по настоящим Правилам может быть заключен:

- в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика(www.euro-ins.ru);
- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме с намерением заключить договор страхования;
- при обращении к Страховщику (уполномоченному представителю) с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

Договор страхования может быть оформлен путем составления сторонами одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства РФ. При заключении договора страхования в электронной форме, Страховщик направляет страхователю электронный страховой полис, заверенный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

Договор электронного страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии. Не допускается заключение договора страхования в электронной форме при содействии страховых агентов и страховых брокеров.

Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц.

6.2. Перед заключением договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения за счет Страхователя предварительного медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование, и/или их анкетирования, и/или предоставления выписки из истории болезни по предыдущему месту лечения для оценки фактического состояния лиц, принимаемых на страхование.

6.3. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с Приложением 3 к настоящему Правилу путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. При взаимном согласии сторон форма договора страхования, предусмотренная Приложением 3 к настоящему Правилу, может быть изменена.

6.3.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;
- Страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских организаций(учреждений), в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
- Численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по договору страхования;
- Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса проживания, возможных контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;

• условия страхования;

• срок действия договора страхования;

• размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты

• иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

6.3.2. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- Ф.И.О. Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- паспортные данные Страхователя;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;

• Страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских организаций(учреждений), в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;

• Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса проживания, возможных контактных телефонов, номера страховых программ по договору;

• условия страхования;

• срок действия договора страхования;

• размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;

• иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

6.3.4. При заключении договора страхования страховщик обязан вручить страхователю правила страхования, о чем делается запись в договоре страхования.

Правила могут быть вручены страхователю:

- в виде изложения в договоре страхования (страховом полисе) на его оборотной стороне;
- в виде бумажного документа к договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;
- путем информирования страхователя об адресе размещения правил страхования на сайте страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу www.euro-ins.ru/o_kompanii/regulations/ ;

- путем направления файла, содержащего текст правил страхования, на указанный страхователем адрес электронной почты;
- 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 правил страхования.

В случае если правила страхования были вручены страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста правил страхования на бумажном носителе, это не освобождает страхователя (выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими правилами страхования.

6.3.5. Заключение договора страхования в электронной форме.

В соответствии с настоящими Правилами, пунктом 2 статьи 434 ГК РФ и статьи 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» №4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта www.euro-ins.ru порядке, указанном в настоящих Правилах.

На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на Сайте Компании, для заключения договора страхования страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

При заключении договора страхования в электронной форме обследование лиц, принимаемых на страхование, Страховщиком не осуществляется.

Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями договора страхования, выбранных им Программ и настоящих Правил. Оплата страховой премии страхователем – физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Компании.

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования, и на основе которых заключен договор страхования, дополнительно включается в текст страхового полиса.

6.4. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.

6.4.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

6.4.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

6.5. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именной документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.

6.5.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинскую организацию (учреждение).

6.5.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу, если иное не установлено Договором страхования.

6.5.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.

6.5.4. При утрате дубликата сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления.

6.5.5. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.

6.6. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.

6.7. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские организации (учреждения), предусмотренные в договоре страхования или в медицинскую диспетчерскую службу Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию (учреждение) предъявляется страховой полис либо сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

6.8. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.9. При заключении договора сроком менее одного года, а также при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии устанавливается согласно п.п.5.3.2 настоящих Правил.

Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

В соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации Договор страхования/Страховой полис может быть удостоверен факсимильной, электронно-цифровой подписью Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

6.10. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских услуг в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере - прекращается со дня, следующего за днем, установленным Договором для оплаты страховой премии, очередного страхового взноса. При этом Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке с уведомлением об этом Страхователя (Выгодоприобретателя);
- смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
- ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- признания судом договора страхования недействительным;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

6.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. Действие договора страхования прекращается не ранее дня подачи Страховщику письменного заявления об отказе (Приложение № 9 к настоящим Правилам), если на день подачи заявления об отказе возможность наступления страхового случая не отпала, и существование страхового риска не прекратилось.

6.11.1. Если Страхователь отказался от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения (периода охлаждения) и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - начала действия страхования) уплаченная Страховщику страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

6.11.2. Если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страхователю подлежит возврату часть уплаченной страховой

премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования;

6.11.3. Условия расторжения, изложенные в п. 6.11.1. и п. 6.11.2. настоящих Правил, действуют независимо от порядка и срока уплаты страховой премии и при отсутствии в указанных периодах событий, имеющих признаки страхового случая.

6.11.4. Уплаченную страховую премию Страховщик возвращает в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения от Страхователя заявления об отказе, в размере и в соответствии с условиями п. 6.11.1. и п. 6.11.2. настоящих Правил.

6.11.5. В течение периода охлаждения и в течение действия страхования, при наличии событий, имеющих признаки страхового случая, возврат уплаченной страховой премии не производится.

6.12. После окончания периода охлаждения и в течение действия страхования возврат уплаченной страховой премии не производится, если Договором страхования не предусмотрено иное.

6.13. Договором страхования может быть предусмотрено:

Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, за вычетом суммы произведенных страховых выплат по договору страхования и понесенных расходов на ведение дела, которая рассчитывается исходя из следующей формулы:

$$СПв = СПо - \frac{СПо * РВД - (СП - СП * РВД) * n}{N} - В, \text{ где}$$

СПв – часть страховой премии, подлежащей возврату Страхователю;

СПо – оплаченная страховая премия по договору страхования;

РВД – доля расходов Страховщика на ведение страхования в структуре тарифной ставки;

СП – страховая премия по договору страхования;

N – срок договора страхования в днях;

n – количество дней, которые действовал договор страхования, включая день досрочного прекращения договора;

В – сумма страховых выплат по договору страхования.

В случае если расчетное значение возвращаемой страховой премии имеет отрицательное значение, то возврат премии и доплата страховой премии Страхователем не осуществляется.

6.14. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.15. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).

6.16. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором,

6.17. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, то Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.

6.18. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить действие договора в отношении данных лиц с момента установления окончательного диагноза.

7. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

7.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.

7.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

7.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.п.7.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

8.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные организации (учреждения), оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

8.1.2. выбрать любую лечебно-профилактическую организацию из числа, указанных в договоре страхования, и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления программы медицинского страхования, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное;

8.1.3. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

8.1.4. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

8.1.5. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком, и оплатить дополнительную страховую премию;

8.1.6. досрочно прекратить договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;

8.1.7. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;

8.1.8. получить дубликат сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в случае его утраты;

8.1.9. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.1.10. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;

8.1.11. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

8.1.12. запросить информацию о размере вознаграждения страхового агента или брокера при покупке страхового полиса у страхового агента или страхового брокера;

8.1.13. в любой момент действия договора страхования обратиться к страховщику за получением текста правил страхования на бумажном носителе.

8.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

8.2.1. своевременно оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;

8.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц.

8.2.3. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства неизвестны Страховщику и не указаны в письменном заявлении Страховщика;

8.2.4. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

8.2.5. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;

8.2.6. соблюдать предписания лечащего врача;

8.2.7. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки), и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;

8.2.8. соблюдать порядок, установленный в медицинской организации (учреждении);

8.2.9. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских организаций (учреждений) и сотрудниками Страховщика;

8.2.10. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.8.4.7 в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.

8.2.11. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

8.2.12. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.8.2.11 письменные согласия Застрахованных лиц

8.3. Страховщик обязан:

8.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;

8.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;

8.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;

8.3.4. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);

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

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

8.3.7. соблюдать тайну страхования;

8.3.8. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.8.1.9 настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 30 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.

8.3.9. уведомлять страхователя о дополнительных условиях заключения договора страхования (проведение медицинского обследования или анкетирование лица, в отношении которого заключается договор) и возможности изменения размера премии после проведения медицинского обследования или анкетирования;

8.3.10. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, выбранным страхователем в заявлении на страхование при заключении договора (полиса) страхования. Если договор (полис) страхования заключается на основании устного заявления, то уведомление направляется на адрес, указанный страхователем в договоре страхования.

8.3.11. При заключении договора страхования Страховщик информирует Страхователя об адресах мест приема документов, при наступлении события имеющих признаки страхового случая, а также своевременно об изменениях таких адресов, в том числе но, не ограничивая, на официальном сайте Страховщика www.euro-ins.ru;

8.3.12. по письменному запросу Страхователя Страховщик в срок, не превышающий 30 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 Страхователя, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно 1 раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

8.3.13. в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя в письменном виде об основании принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Страхователя в срок, не превышающий 30 дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно 1 раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты.

8.4. Страховщик имеет право:

- 8.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- 8.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.8.2 Настоящих правил;
- 8.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие организации о факте и причинах страхового случая;
- 8.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь “03”; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одну из медицинских организаций(учреждений), предусмотренных Договором страхования;
- 8.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинской организацией (учреждением), предусмотренным Договором страхования;
- 8.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных организациях (учреждениях), определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг, Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
- 8.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:
- 8.4.7.1. эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; неявка Застрахованного лица на прием к врачу, утеря страховых полисов или сертификатов (индивидуальных пластиковых карточек) и т.д.)
- 8.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по не страховому заболеванию или в ситуациях, указанных в п.п. 4.2, 4.3)
- 8.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении услуг, указанных в п.8.4.7.2
- 8.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.
- 8.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и оплачивает дополнительную страховую премию за не истекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.

9. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 9.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 9.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские организации(учреждения), предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
- 9.3. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских организациях(учреждениях), сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированную медицинскую организацию (учреждение). При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских организациях(учреждениях).
- 9.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими организациями(учреждениями), производится исходя из фактических затрат (в том числе по комплексным услугам) на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией (учреждением), после выставления медицинской организацией(учреждением)Страховщику счета по оказанным услугам.
- 9.5. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских организаций(учреждений) только в пределах страховой суммы.
- 9.5.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по

договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

9.5.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских организациях(учреждениях), определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

9.6. Не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:

- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;
- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских организациях(учреждениях), не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
- медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
- данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
- данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования.
- расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.

9.7. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

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

9.8.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а также подтверждаются документами, перечисленными в пункте 9.9 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

9.8.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.

9.8.3. Возмещение производится в течение 30-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

9.9. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.8. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:

- Заявление в адрес Страховщика;
- оплаченный счет с указанием медицинской или иной организации, перечня оказанных услуг и их стоимости;
- квитанция и кассовый чек;
- банковские реквизиты;
- иные документы по требованию Страховщика в соответствии с п.8.4.3 настоящих Правил.
- в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения в аптечной или медицинской организации (учреждении), документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинской организацией (в том числе рецепт), а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения.

9.10. В течение 30-ти рабочих дней уполномоченные сотрудники Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о наличии признаков страхового случая в полученных медицинских услугах – соответствии их программе страхования и целесообразности оказания.

9.11. Сроки и порядок страховой выплаты:

- в случае оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, организациям, перечисленным в страховом Полисе или в приложении к нему, страховые выплаты производятся в порядке и сроки, предусмотренном договором между Страховщиком и соответствующей организацией, но не позже 90 календарных дней с момента выставления счета;

- в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного медицинского страхования, но не позже 45-ти рабочих дней с момента выдачи уполномоченным сотрудником заключения о целесообразности получения медицинских услуг.

9.12. В случае выявления страховщиком факта предоставления заявителем документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и (или) ненадлежащим образом оформленных в соответствии с требованиями настоящих Правил страхования и (или) договора страхования, страховщик принимает документы и уведомляет в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней заявителя о недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документах.

В случае непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений. О факте приостановке сроков осуществления страховой выплаты Страховщик уведомляет письменно способом, указанным страхователем в заявлении о страховой выплате.

Срок принятия решения о страховой выплате не начинается исчисляться до предоставления заявителем последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

9.13. Налог при осуществлении страховой выплаты Страховщиком не рассчитывается.

10. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

10.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных», в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования.

10.2. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем оплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

11.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.

11.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры, возникающие между сторонами Договора, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

12.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования до предъявления к Страховщику иска, Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

- 12.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства РФ к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями Договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя (Выгодоприобретателя).
- 12.4. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя (Выгодоприобретателя) заявления о страховом случае. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.
- 12.5. В случае если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Выгодоприобретателя), и направить ему 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) дней со дня получения претензии в иных случаях. В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

Дополнительные условия №1 по осуществлению страховых выплат (особый порядок)

По договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами и Дополнительными условиями Страховщик, предоставляет особый порядок осуществления страховой выплаты:

1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.

2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

3. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.

5. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.

5.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

5.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

6. Не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:

- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;
- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
- медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
- данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
- данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования и амбулаторно-поликлинической помощи, если лечение по страховому случаю не завершено – в течение 7 дней, если иное не оговорено Договором.
- это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.

7. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

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

8.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а также подтверждаются документами, перечисленными в пункте 9.9 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

8.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.

8.3. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

9. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.8. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:

- Заявление в адрес Страховщика;
- оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;
- квитанция и кассовый чек;
- иные документы по требованию Страховщика в соответствии с п.8.4.3 настоящих Правил.

10. течение 45-ти рабочих дней уполномоченные сотрудники Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания.

11. Сроки и порядок страховой выплаты:

- в случае оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, организациям, перечисленным в страховом Полисе или в приложении к нему, страховые выплаты производятся в порядке и сроки, предусмотренном договором между Страховщиком и соответствующей организацией, но не позже 90 календарных дней с момента выставления счета;
- в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного медицинского страхования, но не позже 45-ти рабочих дней с момента выдачи уполномоченным сотрудником заключения о целесообразности получения медицинских услуг.