

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «СИБИРСКИЙ ДОМ СТРАХОВАНИЯ»
(ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «СДС»)**

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 39/ОД от 22.01.2020

Действуют с 22.01.2020

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ УКУСА КЛЕЩА**

г. Кемерово

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации настоящие Правила добровольного медицинского страхования от укуса клеща (далее – Правила) регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем при заключении договора добровольного медицинского страхования от укуса клеща.

1.2. По договору добровольного медицинского страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, организовывать и финансировать предоставление Застрахованному медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся приложениями к договору.

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

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

К медицинским организациям относятся:

1) юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности;

2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

3) иные организации, в том числе зарубежные медицинские организации, сервисные медицинские компании (компании по медицинскому менеджменту и (или) содействию), однако при условии, что у медицинской организации, оказавшей медицинские и иные услуги, имеются соответствующие регистрационные сертификаты, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы по законодательству местонахождения организации для осуществления деятельности.

Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

Законченный случай лечения – комплекс медицинских услуг, оказанных Застрахованному с момента обращения до исхода лечения заболевания на всех этапах получения лечебно-профилактической и диагностической помощи в медицинской организации.

Под законченным случаем понимается:

- в стационарных учреждениях – совокупный объем медицинской помощи, оказанной застрахованному гражданину по заболеванию за время пребывания в лечебных и реанимационных отделениях стационара в соответствии с Программой страхования;

- в амбулаторно-поликлинических учреждениях – совокупный объем посещений, при обращении застрахованного гражданина за медицинской помощью для осуществления профилактических, лечебно-диагностических, консультационных и реабилитационных мероприятий в соответствии с Программой страхования.

- в санаторно-курортных учреждениях – совокупный объем медицинской помощи, оказанной застрахованному гражданину по заболеванию за время пребывания в санаторно-курортных учреждениях в соответствии с Программой страхования;

Лимит ответственности – ограничение размера выплачиваемого Страховщиком страхового обеспечения (предельные суммы страховых выплат). Если в договоре страхования установлен лимит ответственности по одному страховому событию, то сумма возмещения по всем убыткам, вызванным одним и тем же страховым событием, не может превысить этого лимита.

Программа медицинского страхования (Программа) – документ, определяющий общие условия и порядок осуществления страхования для объектов и (или) рисков, объединенных общими качественными и (или) количественными характеристиками. Программа разрабатывается на основе настоящих Правил и утверждается Страховщиком самостоятельно.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. *Страховщик* – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Сибирский Дом Страхования» (ООО «Страховая компания «СДС»), юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и перестрахованию и получившее лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством порядке.

2.2. *Страхователи:*

- дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранные граждане или лица без гражданства, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту – Застрахованные);

- юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц - Застрахованных.

2.3. *Застрахованное лицо (Застрахованный)* – физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор страхования.

2.4. Страховщик может отказать в заключении договора страхования в отношении следующих лиц:

- являющихся инвалидами I и II группы или имеющих категорию «ребенок-инвалид»;
- возраст которых на момент заключения договора страхования превышает 75 лет;
- состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- больных онкологическими заболеваниями, а также имеющих злокачественные заболевания крови;
- ВИЧ-инфицированных;
- госпитализированных в медицинскую организацию;
- признанных безвестно отсутствующими в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

Лица, являющиеся на момент заключения договора страхования инвалидами I или II группы; имеющие присвоенную категорию «ребенок-инвалид»; имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ); нуждающиеся по медицинским показаниям в посторонней помощи или представляющие социальную опасность; находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и (или) здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме, страдающие доброкачественной опухолью мозга, подобными тяжелыми заболеваниями); проходящие службу в вооруженных силах; находящиеся в местах лишения свободы; имеющие на дату заключения договора страхования следующие заболевания и (или) связанные с ними состояния: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы), онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия), сахарный диабет, туберкулез, кожно-венерологические заболевания, алкоголизм, наркомания, СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, – могут быть Застрахованными с согласия Страховщика только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Если после заключения договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в настоящем абзаце, а Страхователь (Застрахованный) письменно не уведомил об этом Страховщика, ввел его в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении договора страхования, то Страховщик имеет право потребовать признания договора страхования в отношении указанного лица недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также потребовать применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные ограничения по приему на страхование для отдельных категорий физических лиц, связанные с их возрастом, условиями проживания, профессиональной деятельностью.

2.5. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием и/или анкетированием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса). Стоимость предварительного медицинского освидетельствования не включается в страховую премию.

2.6. Договоры страхования могут быть коллективными и индивидуальными.

2.7. Застрахованный, названный в договоре страхования, может быть заменен Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного 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, перечисленных в договоре страхования (страховом полисе) или приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями по договору, заключенному между медицинской организацией и Страховщиком.

Страховщик несет ответственность за качество и условия предоставления медицинской помощи и иных услуг, оказанных по Программам добровольного медицинского страхования.

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. Страховым риском, на случай наступления которого проводится настоящее страхование, является возможность наступления события, связанного с обращением Застрахованного в медицинские организации за медицинскими услугами и иными услугами, включенными в Программу страхования.

4.3. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу или иным третьим лицам.

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию из числа представленных в приложении к договору страхования (страховому полису) за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, в случаях укуса иксодового клеща (не позднее 72 часов) и развития заболевания клещевого вирусного энцефалита (далее – КВЭ), болезни Лайма (клещевой боррелиоз).

Страховым случаем признается получение Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинской организации в течение срока действия договора страхования.

4.4. 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.

4.5. Страховщик имеет право не рассматривать в качестве страхового случая и не оплачивать медицинские и иные услуги, необходимые Застрахованному в связи:

- с заболеваниями, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

- с расстройством здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- с участием Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей.

4.6. Не рассматривается как страховой случай:

4.6.1. Обращение Застрахованного за медицинской помощью позднее 72 часов после укуса, а также при отсутствии на теле пострадавшего явного следа укуса.

4.6.2. Застрахованный получил медицинские и иные услуги по договору страхования (полису), страховая сумма по которому израсходована.

4.6.3. Медицинская помощь в случаях, когда страховое событие наступило до начала срока страхования.

4.6.4. Медицинские и иные услуги, предоставленные в объеме и (или) на условиях Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи.

4.6.5. Получение лекарственных препаратов, оплачиваемых полностью или частично из средств целевых программ государственных гарантий РФ.

4.6.6. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, оказанные без соблюдения условий, определенных Программой ДМС, в том числе: услуги, которые не предусмотрены договором страхования; услуги, которые оказаны в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования, если это особо не согласовано со Страховщиком.

4.6.7. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

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

5.2. Размер страховой суммы устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

5.3. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в период действия договора страхования увеличить/уменьшить страховую сумму путем заключения дополнительного соглашения к договору и уплаты/возврата соответствующей части страховой премии.

При этом часть страховой премии к возврату Страхователю рассчитывается по формуле:

$$\text{Страховая премия к возврату} = \frac{(\text{Страховая премия первоначальная} - \text{страховая премия уменьшенная}) * \text{Срок действия договора с момента уведомления об уменьшении страховой суммы}}{\text{Срок действия договора}}$$

Часть страховой премии к уплате Страхователем рассчитывается по формуле:

$$\text{Страховая премия к уплате} = \frac{(\text{Страховая премия первоначальная} - \text{страховая премия увеличенная}) * \text{Срок действия договора с момента уведомления об увеличении страховой суммы}}{\text{Срок действия договора}}$$

Дополнительное соглашение оформляется сторонами в том же порядке и в той же форме, что и договор страхования.

5.4. В договоре страхования могут быть указаны предельные суммы страховых выплат (лимиты ответственности), в частности: по Застрахованным, по объему медицинских услуг, по категории медицинской организации, по территории страхования, по одному страховому случаю, по одному законченному случаю лечения, по лекарственному обеспечению по назначению лечащего врача.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховой взнос – часть страховой премии при уплате ее в рассрочку.

6.2. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы в зависимости от выбранных Программ медицинского страхования, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования и иных условий, определенных договором страхования.

При этом Страховщик вправе применять повышающие и понижающие коэффициенты к страховым тарифам на основании анализа сведений, полученных при заключении договора страхования и по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного.

6.3. В случае заключения договора страхования со сроком действия менее одного года страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности (если иное не предусмотрено договором страхования):

Срок действия договора, в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

6.4. При страховании на срок более одного года общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

6.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или уплачиваться в рассрочку наличными деньгами или безналичным порядком. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при наличной оплате – день уплаты страховой премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика или передачи денег представителю Страховщика;

- при безналичной оплате – день поступления страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

6.6. При неоплате страховой премии (первого страхового взноса) в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не вступившим в силу, и Страховщик полностью освобождается от страховой выплаты (от ответственности по договору), если иное не предусмотрено договором.

6.7. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то договором страхования также должны предусматриваться последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

6.8. Если иное не установлено договором страхования и стороны не договорились об отсрочке уплаты, то при уплате страховой премии в рассрочку устанавливаются следующие последствия неуплаты очередного страхового взноса: договор считается досрочно прекращенным с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как последний день уплаты очередного страхового взноса. При этом ранее уплаченная часть страховой премии возврату Страхователю не подлежит.

Договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования.

Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого по согласованию сторон отсрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму отсроченного страхового взноса.

6.9. Страхователь, если иное не определено договором страхования, теряет право на рассрочку уплаты страховой премии, если до уплаты очередного страхового взноса произошел страховой случай. В этом случае Страхователь должен досрочно уплатить оставшуюся часть страховой премии.

6.10. Страховщик вправе принять решение о страховой выплате за вычетом неуплаченного страхового взноса (срок уплаты которого не наступил).

6.11. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного

страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

6.12. Если уполномоченный Страховщиком на получение страховой премии страховой агент (страховой брокер) несвоевременно либо не в полном объеме перечислил ее Страховщику, Страховщик не освобождается от обязанности исполнять договор страхования.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ

7.1. Договор страхования может заключаться на любой срок по усмотрению сторон.

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

7.2. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

Страхователь по требованию Страховщика обязан заполнить заявление на страхование установленной Страховщиком формы. Заявление на страхование заполняется собственноручно Страхователем либо его представителем.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования может быть заполнено представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

Ответственность за достоверность данных, указанных в заявлении, несет Страхователь.

Заполненное заявление подписывается Страхователем или его представителем и является неотъемлемой частью договора страхования.

Письменное заявление Страхователя может быть создано и отправлено им в электронной форме с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», при наличии на указанном сайте такой возможности. 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.

Заявление на страхование, созданное и отправленное Страховщику через его официальный сайт (в электронной форме), подписанное Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе.

Страхователи – юридические лица обязаны в электронном документообороте со Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами использовать соответствующую квалифицированную подпись в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

7.3. При заключении договора страхования для оценки риска, а также в целях идентификации Страхователя по требованию Страховщика представляются следующие документы (оригиналы или заверенные в установленном порядке копии):

- для физических лиц: документ, удостоверяющий личность;
- для индивидуальных предпринимателей: документ, удостоверяющий личность, выписка из ЕГРИП, выданная не позднее 30 дней до даты предъявления либо выписка из ЕГРИП, распечатанная с сайта ФНС или свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России - свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;
- для юридических лиц: выписка из ЕГРЮЛ, выданная не позднее 30 дней до даты предъявления либо выписка из ЕГРЮЛ, распечатанная с сайта ФНС или свидетельство о регистрации, свидетельство о постановке на налоговый учет, устав, документы, подтверждающие полномочия подписанта;
- доверенность на право заключения договора страхования, если договор заключается представителем Страхователя;
- документы, подтверждающие наличие/отсутствие факторов, влияющих на степень риска наступления страхового события (в том числе анкеты о состоянии здоровья, документы о медицинском обследовании и т.д.).

При создании письменного заявления на страхование с использованием сайта Страховщика указанные в настоящем пункте документы предоставляются Страхователем в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

Все документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, выданные (оформленные) за границей Российской Федерации,

принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

По решению Страховщика перечень документов/информации, приведенный в настоящем пункте, может быть сокращен, если это не влияет на оценку вероятности наступления страхового случая.

7.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе), заявлении на страхование, анкете Застрахованного лица.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

Страховщик вправе требовать заполнить дополнительные документы (анкеты) с целью определения вероятности наступления страхового случая, а также требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования.

7.5. Если договор страхования заключается в отношении нескольких Застрахованных, то Страховщику представляется список Застрахованных лиц, подписанный Страхователем.

7.6. Договор страхования заключается в письменной форме.

Заключение договора страхования может подтверждаться выдачей Страхователю страхового полиса (в том числе в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи»).

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Отношения между Страховщиком и Страхователем - юридическим лицом оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, с обязательным приложением списка Застрахованных лиц, являющегося неотъемлемой частью договора страхования.

При заключении договора коллективного страхования страховые полисы оформляются и выдаются на каждого Застрахованного, если иное не оговорено в договоре страхования.

7.7. В случае утраты страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными, взамен Страхователю выдается дубликат.

7.8. Застрахованному запрещается передавать именной страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. Если такой факт передачи будет установлен, то Страховщик вправе досрочно прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

7.9. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму, список Застрахованных, перечень медицинских услуг (Программы медицинского страхования), а также вносить изменения в список медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь Застрахованным.

7.10. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения их в список Застрахованных лиц до окончания страхового периода, при этом заключается дополнительное соглашение к договору.

7.11. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдается страховой полис.

7.12. В случае уменьшения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных.

В случае уменьшения числа Застрахованных проводится перерасчет страховой премии, исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховых взносов за исключаемых Застрахованных лиц и рассчитывается следующим образом:

$$\text{Неиспользованная страховая премия} = \frac{\text{Сумма страховых взносов, уплаченная за исключаемых Застрахованных лиц, предусмотренная договором страхования} \times \text{Число дней до окончания срока действия договора страхования}}{\text{Число дней срока действия договора страхования}} \times (1 - \text{РВД})$$

Если договор страхования предусматривает возможность уплаты страховых взносов в рассрочку, то возврат неиспользованной страховой премии за исключаемых Застрахованных лиц производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной договором, исходя из следующих параметров:

$$\text{Неиспользованная страховая премия} = \frac{\text{Сумма фактически оплаченных страховых взносов за исключаемых Застрахованных} \times \text{Число дней до окончания оплаченного периода}}{\text{Число дней оплаченного периода}} \times (1 - \text{РВД})$$

7.13. На основании перерасчета страховой премии по выбору Страхователя производится либо возврат части страхового взноса, определенной согласно пункту 7.12. настоящих Правил, либо уменьшение очередного взноса на сумму определенную согласно пункту 7.12. настоящих Правил.

7.14. Изменения страховой суммы и Программы страхования оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования. Изменения списка Застрахованных и перечня медицинских организаций оформляются в письменном виде по согласованию Страхователя со Страховщиком.

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

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной, более поздний срок начала действия страхования.

7.16. 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 письменных запросах Страховщика.

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

7.18. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.7.17. настоящих Правил, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

7.19. В договоре страхования Страховщиком и Страхователем может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования, если это не противоречит настоящим Правилам и действующему законодательству.

7.20. При заключении договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю настоящие Правила и дополнительные условия страхования, сформированные на основе положений настоящих Правил, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

Правила и дополнительные условия страхования могут быть вручены Страхователю, в т.ч. путем информирования его об адресе размещения документов на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, путем направления файлов, содержащих текст Правил и условий страхования на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещены файлы, содержащие текст Правил и условий страхования. В случае если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета.

Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста Правил и условий страхования на бумажном носителе.

7.21. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик в течение всего срока действия договора страхования и после его прекращения в течение 20 (двадцати) лет может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц в целях исполнения договора страхования, в статистических и иных целях, а также в целях исполнения требований, установленных нормативными актами Российской Федерации. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, на получение рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком. В том числе, Страхователь в случае регистрации в личном кабинете на сайте Страховщика дает свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает предоставление Страховщику права передавать персональные данные и данные о наличии других договоров страхования, необходимые для расчета суммы страховой премии, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче информации в информационную систему страховщика.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены настоящей статьей.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 20 (двадцати) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. Истечения срока его действия.

8.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме.

8.1.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.1.4. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом (за исключением случая перехода прав и обязанностей Страхователя к третьему лицу).

8.1.5. Ликвидации Страховщика, за исключением случаев передачи Страховщиком обязательств, принятых по договорам страхования (страхового портфеля) другому Страховщику в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.1.6. Прекращения возможности наступления страхового случая и существования страхового риска по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика.

8.1.7. Отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.1.8. Расторжения договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

8.1.9. Расторжения договора по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и (или) договором страхования;

8.1.10. Иных случаях, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. В случае прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным пунктами 8.1.1., 8.1.2., 8.1.6., договор прекращается с момента реализации данных оснований.

8.3. В случае неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии в размере и срок, указанный в договоре страхования, договор страхования досрочно прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как последний день уплаты страхового взноса (страховой премии), если в договоре страхования не будет предусмотрено иное.

В этом случае уплаченные к моменту прекращения договора страхования страховые взносы Страхователю не возвращаются.

8.4. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.5. При досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страхователя договор прекращает свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, если указанная дата наступает позднее даты получения заявления Страховщиком.

В этом случае Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально неистекшему сроку страхования (в днях) за вычетом расходов на ведение дела Страховщика (в соответствии с размером нагрузки в структуре тарифной ставки), если иное не предусмотрено договором страхования.

В случае если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала его действия, то уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме.

В случае если на момент прекращения договора страхования имеется заявленное и неурегулированное страховое событие, наступившее в период страхования, возврат части страховой премии производится после его окончательного урегулирования (страховой выплаты).

Если по договору осуществлялись страховые выплаты, то в случае прекращения (расторжения) договора страхования возврат части страховой премии не производится, если иное не предусмотрено договором страхования.

Возврат Страховщиком страховой премии (или ее части) производится Страхователю в срок, не превышающий 10 рабочих дней.

8.6. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в следующем порядке:

- в случае если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в указанный период и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

- в случае если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в указанный период, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

Для целей реализации настоящего пункта договор страхования прекращает свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора.

Возврат Страховщиком страховой премии (или ее части) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.7. В случае прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному пунктом 8.1.8., договор считается расторгнутым с даты подписания сторонами соглашения, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

Вопрос о возврате оплаченной страховой премии при досрочном расторжении договора по соглашению сторон определяется соглашением сторон.

8.8. В случае прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному пунктом 8.1.9., договор считается расторгнутым с даты, указанной в уведомлении Страховщика.

8.9. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис, действие которого прекращается с момента прекращения действия договора страхования. У Страховщика отсутствует обязанность по страховой выплате по событиям, наступившим после даты досрочного прекращения договора.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Застрахованный имеет право:

9.1.1. Получить страховой полис и Правила страхования, на основании которых заключен договор страхования.

9.1.2. На получение медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования, требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

9.1.3. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

9.1.4. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских услуг.

9.2. Застрахованный обязан:

9.2.1. Предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения о своем здоровье, в том числе пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

9.2.2. Соблюдать требования Правил и условия договора страхования, выполнять предписания лечащего врача, полученные при предоставлении медицинских и иных услуг;

9.2.3. Соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации.

9.2.4. Обеспечить сохранность страхового полиса и не передавать его иным лицам для получения медицинских услуг.

9.3. Страхователь имеет право:

9.3.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования.

9.3.2. Требовать предоставления Застрахованному в медицинских организациях медицинских и иных услуг, определенных договором страхования и на оговоренных в нем условиях, в соответствии с программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.3.3. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

9.3.4. Расширить перечень медицинских и иных услуг, а также условий их предоставления, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительный страховой взнос.

9.3.5. Заменить Застрахованного другим лицом (с письменного согласия Застрахованного).

9.3.6. Изменять число Застрахованных в соответствии с настоящими Правилами.

9.3.7. Отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику достоверную информацию о страхуемом лице, а также обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

9.4.2. Уплатить страховую премию в размере и сроки, определенные договором страхования.

9.4.3. Довести до сведения Застрахованных условия предоставления медицинской помощи.

9.4.4. В течение 30-ти календарных дней начиная со дня, следующего за днем наступления события, известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если Программой добровольного медицинского страхования предусмотрено полное или частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских или иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным.

9.4.5. Соблюдать условия Правил страхования и договора страхования.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. Требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования, а также проверять сообщенную Страхователем информацию.

9.5.2. Проверять выполнение Страхователем и Застрахованным требований и условий договора страхования и настоящих Правил.

9.5.3. Перед заключением договора страхования потребовать проведения дополнительных медицинских обследований Застрахованного лица, результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска, и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

9.5.4. При определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска.

9.5.5. При получении сведений об изменении степени риска произвести его переоценку, потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

9.5.6. Потребовать расторжения договора страхования до наступления срока, на который он был заключен, в случае если Страхователь возражает против требования Страховщика об изменении условий договора страхования или доплаты страховой премии, направленного Страхователю при получении Страховщиком информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, или не выполняет указанные требования в срок, указанный в уведомлении, направленном Страховщиком.

9.5.7. Давать Страхователю рекомендации по предупреждению страховых случаев.

9.5.8. На обработку персональных данных, сообщенных Страхователем при заключении договора страхования, в целях исполнения договора страхования, статистических и аналитических целях, в целях предоставления информации о страховых продуктах и услугах Страховщика, в том числе путем осуществления с ним прямых контактов с помощью средств связи, в иных целях, не запрещенных законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.5.9. Досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным) своих обязанностей по договору страхования.

9.5.10. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, оказанных при обстоятельствах, не предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9.5.11. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

9.5.12. Заключать договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи с медицинскими организациями.

9.5.13. Совершать иные действия в целях выполнения своих обязательств по договору страхования.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. По требованию Страхователя (Застрахованного), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, а также расчеты страховой выплаты.

9.6.2. Своевременно выдать Страхователю (Застрахованному) страховой полис и вручить ему экземпляр настоящих Правил либо выписку из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированную на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования (страховому продукту), и на основе которых заключен договор страхования, при заключении договора страхования, о чем делается запись в договоре страхования.

Настоящие Правила могут быть вручены Страхователю, в т.ч. путем информирования его об адресе размещения Правил на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил.

9.6.3. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

9.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным), не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц.

9.6.5. Организовать предоставление Застрахованным медицинских услуг, предусмотренных условиями договора страхования.

9.6.6. При наступлении страхового случая произвести выплату в порядке, установленном разделом 10 настоящих Правил.

9.6.7. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями, в рамках договора добровольного медицинского страхования.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, оказанных организациями, перечисленными в страховом полисе или в приложении к нему;
- возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования.

10.2. При наступлении страхового случая медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются на основании предъявления им страхового полиса, медицинской карточки и документа, удостоверяющего личность.

Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в страховом полисе.

10.3. Оплата медицинских и иных услуг осуществляется Страховщиком по предъявлению медицинской организацией счета, счет-фактуры и реестра установленного образца в сроки, предусмотренные договором о сотрудничестве между Страховщиком и медицинской организацией по Программе медицинского страхования.

Страховщик имеет право отложить оплату до проверки обоснованности назначения лечения.

10.4. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

а) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

б) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью медицинской организации;

в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

г) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

10.5. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оказанных в соответствии с Программой медицинского страхования, в пределах установленной договором страхования страховой суммы (лимита ответственности).

10.6. В течение 20-ти календарных дней, если договором страхования не установлено иное, эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания.

10.7. Страховая выплата производится в течение 30 (тридцати) календарных дней, за исключением нерабочих праздничных дней, со дня получения Страховщиком заявления о страховой выплате с приложением всех предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования документов, необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), если договором страхования не установлено иное.

10.8. Страховщик письменно сообщает заявителю о принятом решении в случае отказа в страховой выплате с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 30 (тридцати) календарных дней, за исключением нерабочих праздничных дней, со дня получения Страховщиком заявления о страховой выплате с приложением всех необходимых для выплаты документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов).

10.9. В случае смерти Застрахованного Страхователю (или его наследникам по закону, если Страхователь и Застрахованный – одно и то же лицо) возвращаются страховые взносы, исчисленные пропорционально за не истекший к моменту досрочного прекращения (в связи со смертью Застрахованного) срок действия договора страхования, за вычетом расходов Страховщика.

Для получения этих сумм Страхователь (его наследники по закону) обращается к Страховщику с заявлением, к которому прилагается свидетельство о смерти Застрахованного, документы, удостоверяющие вступление в права наследования (для наследников Страхователя).

Возврат взносов Страховщик производит в течение 15-ти рабочих дней с момента предъявления ему указанных документов.

10.10. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

10.10.1. Установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинской услуги.

10.10.2. Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора страхования.

10.10.3. Страхователь (Застрахованный) не представил документы и сведения, необходимые для установления причины и иных обстоятельств наступления страхового случая, или передал заведомо ложные сведения.

10.10.4. Страховщик не был извещен в срок (п. 9.4.5.) о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

10.10.5. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

11.2. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

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

Претензия Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 15 рабочих дней со дня получения претензии.

11.4. 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 от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Застрахованный, 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 (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

1) в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заявления в случае, если оно направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней;

2) в течение тридцати дней со дня получения заявления в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от уполномоченного по правам потребителей финансовых услуг решения по обращению.

11.5. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования (полисом), стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

12. ИНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

12.1. Все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

12.1.1. Уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о страховом случае;

12.1.2. Уведомление направлено в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);

12.1.3. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в извещении о страховом случае.

12.2. В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

12.3. В соответствии с настоящими Правилами стороны договорились, что использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика признается как оригинальная подпись уполномоченного Страховщиком лица, скрепленная печатью Страховщика.

Программа «Противоклещевая защита»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящая программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа ДМС) реализует право на получение медицинских и иных услуг сверх перечня, объемов и (или) вне условий, определенных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Территориальной программой).

1.2. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

1.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию из числа представленных в приложении к договору страхования (страховому полису) за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, в случаях укуса иксодового клеща (не позднее 72 часов) и развития заболевания клещевого вирусного энцефалита (далее – КВЭ), болезни Лайма (клещевой боррелиоз).

1.4. Программа ДМС предназначена для коллективного и индивидуального страхования.

1.5. При возникновении страхового случая Программа ДМС гарантирует:

1.5.1. Организацию получения медицинской помощи для лечения КВЭ, болезни Лайма.

1.5.2. Оплату расходов на медицинские и иные услуги в пределах лимита страховой ответственности.

1.5.3. Контроль качества, объема, сроков ожидания и получения медицинской помощи.

1.5.4. Защиту прав и интересов Застрахованного в отношениях с медицинскими организациями, аккредитованными договором страхования.

2. ВИДЫ И ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Программа ДМС предоставляет Застрахованному услуги, обеспечивающие получение качественной неотложной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи при лечении КВЭ и болезни Лайма в объеме клинических показаний.

2.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь включает:

2.2.1. Удаление клеща в асептических условиях.

2.2.2. Исследование клеща на зараженность возбудителями вируса клещевого энцефалита и боррелиоза.

2.2.3. Диагностику КВЭ и болезни Лайма.

2.2.4. Экстренную профилактику человеческим иммуноглобулином в течение 72 часов с момента укуса клеща (при повторном укусе – не ранее 6 недель после предыдущей иммунизации).

2.3. Стационарная помощь обеспечивает диагностику и консервативное лечение КВЭ и болезни Лайма с использованием современных фармакологических технологий.

2.4. В объемы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи входят следующие услуги:

2.4.1. Осмотры лечащего врача.

2.4.2. Консультации и консилиумы врачей - специалистов.

2.4.3. Диагностические исследования:

- лабораторные (вирусологические, молекулярно-генетические, иммунологические, серологические, цитологические),

- лучевые (общие и специальные рентгенологические, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопные, ультразвуковые),

- функциональные (кардиологические, нейрофизиологические и др.).

2.4.4. Специализированные манипуляции и процедуры (в том числе, эфферентная хирургия крови, гипербарическая оксигенация, пункции диагностические и лечебные под контролем ультразвукового исследования, блокады).

2.4.5. Обезболивание с использованием современных методик.

2.4.6. Физиотерапевтические методы лечения, лечебная физкультура, лечебный массаж и мануальная терапия.

2.4.7. При стационарной помощи обеспечение лекарственными препаратами, расходными материалами и изделиями медицинского назначения отечественного или импортного производства.

3. УСЛОВИЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Основанием для получения медицинских и иных услуг по программе являются:

3.1.1. Страховой полис, медицинская карточка.

3.1.2. Документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

3.2. Медицинские и иные услуги оказываются аккредитованными договором страхования медицинскими организациями в соответствии с их режимом плановой работы и графиком дежурств по экстренной и неотложной помощи.

3.3. Условия получения амбулаторно-поликлинической помощи:

3.3.1. Показаниями для получения амбулаторно-поликлинической помощи является обращение Застрахованного в аккредитованные договором медицинские организации по поводу укуса клеща, и как следствие наличия риска развития эндемического заболевания КВЭ, болезни Лайма.

3.3.2. В аккредитованной медицинской организации все виды амбулаторно-поликлинической помощи в рамках данной программы оказываются по предъявлению страхового полиса, медицинской карточки и документа, удостоверяющего личность.

3.4. Условия получения стационарной помощи:

3.4.1. Показаниями для получения стационарной помощи являются осложнения в результате развития КВЭ, болезни Лайма, требующие активной терапии и круглосуточного врачебного наблюдения.

3.4.2. Госпитализации в стационар осуществляются с учетом профиля и категории сложности курации, по направлению врача скорой медицинской помощи или самообращению в неотложных случаях, в медицинские организации согласно перечня аккредитованных договором страхования.

3.4.3. Страховое обеспечение случая госпитализации производится после согласования медицинской организацией со Страховщиком перечня, объемов и условий предоставления медицинских и иных услуг по ДМС.

3.4.4. Обеспечение лекарственными препаратами, расходными материалами и изделиями медицинского назначения страховых случаев осуществляется в объеме клинических показаний.

3.5. Сроки ожидания и получения медицинской помощи по ДМС:

3.5.1. Экстренная и неотложная медицинская помощь в условиях поликлиники и стационара оказывается по мере обращения Застрахованного в медицинскую организацию;

3.5.2. Средняя длительность оплачиваемого пребывания в стационаре круглосуточного пребывания до 12-ти дней.

3.6. Перечень, объемы и условия получения медицинских и иных услуг на каждом из этапов медицинской помощи определяет лечащий врач в соответствии с клиническими показаниями.

3.7. Страховые выплаты по страховым случаям осуществляются в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой ДМС, оказанных организациями, перечисленными в страховом полисе или в приложении к нему;

- возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой ДМС.

4. ПО ПРОГРАММЕ ДМС НЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ:

4.1. Обращение Застрахованного за медицинской помощью позднее 72 часов после укуса, а также при отсутствии на теле пострадавшего явного следа укуса.

4.2. Медицинские и иные услуги по договору страхования (полису), страховая сумма по которому израсходована, или оказанные без соблюдения условий, определенных Программой.

4.3. Медицинская помощь в случаях, когда страховое событие наступило до начала срока страхования.

4.4. Медицинские и иные услуги, предоставленные в объеме и (или) на условиях Территориальной программы.

4.5. Получение лекарственных препаратов, оплачиваемых полностью или частично из средств целевых программ государственных гарантий РФ.

4.6. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, оказанные без соблюдения условий, определенных настоящей Программой, в том числе: услуги, которые не предусмотрены договором страхования; услуги, которые оказаны в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования, если это особо не согласовано со Страховщиком.

4.7. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний.