

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

УТВЕРЖДЕНО
Приказом № 83/ОД от 17.02.2020

Действуют с 19.02.2020

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

г. Кемерово

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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. Определения, применяемые в настоящих Правилах:

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. Программы страхования приведены в Приложении № 3 к настоящим Правилам.

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.

Страховая история – информация, которая характеризует исполнение Страхователем принятых на себя обязательств по договорам страхования, заключенным между ним и Страховщиком.

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:

- которым установлена I-II группа инвалидности или категория «ребенок-инвалид»;
- возраст которых на момент заключения договора страхования превышает 70 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.

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

4.1. Страхованием 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. Страхованием, 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.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страхованием 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, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, осложнении, возникающем при лечении, плановых медицинских вмешательствах, травме, отравлении и других несчастных случаях.

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

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

5.2. 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.

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

- с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

- с получением травматического повреждения или иного расстройства 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.

5.4. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг, если:

5.4.1. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования (Программой страхования);

5.4.2. Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования, если это особо не согласовано со Страховщиком;

5.4.3. 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;

5.4.4. Застрахованный существенно нарушал врачебный режим;

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

5.4.6. Обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг произошло за пределами срока действия договора страхования;

5.4.7. Медицинская помощь оказана Застрахованному с нарушением порядка предоставления медицинской помощи, предусмотренного договором страхования.

5.5. 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.

5.6. Договором страхования могут быть предусмотрены другие основания для отказа в страховой выплате, а так же случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения или страховой суммы, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

5.7. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

5.7.1. На условиях «Полной страховой ответственности».

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление медицинских и иных услуг стационарными и амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями, определенными договором страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг, выбранных Страхователем при заключении договора страхования.

5.7.2. На условиях «Гарантированного предоставления медицинских и иных услуг при амбулаторно-поликлиническом лечении».

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление медицинских и иных услуг в соответствии с конкретным их перечнем, выбранным Страхователем при заключении договора страхования, при амбулаторном лечении в медицинских организациях, определенных договором страхования.

5.7.3. На условиях «Гарантированного предоставления медицинских и иных услуг при стационарном лечении».

При заключении договора страхования на таких условиях Застрахованному гарантируется получение медицинских и иных услуг в соответствии с конкретным перечнем, предусмотренным договором страхования, при обращении в медицинские организации, определенные договором страхования, за стационарной медицинской помощью.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. 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.

6.2. Страховая сумма по договору страхования определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной программой добровольного медицинского страхования и стоимостью медицинских услуг в медицинских организациях, привлекаемых Страховщиком для обеспечения исполнения этой программы.

6.3. 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:

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

Часть страховой премии к уплате Страхователем рассчитывается по формуле:

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

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

6.4. 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.

6.5. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

7.1. 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.

7.2. 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, экспертно 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.

Страховые тарифы и коэффициенты приведены в Приложении № 1 к настоящим Правилам.

7.3. 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

7.4. 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.

7.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно 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.

7.6. 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.

7.7. 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.

7.8. 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 30-го (тридцатого) 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.

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

7.10. 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.

7.11. 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.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ

8.1. 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.

8.2. 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».

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

- для физических лиц: документ, удостоверяющий личность, миграционная карта, документ, удостоверяющий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;

- 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 предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальны и действующими на момент заключения договора страхования либо принятия на страхование Застрахованного.

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.).

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

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

8.4. 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.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья и категория полиса:

- группа здоровья I – практически здоровые лица, безотягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, без вредных привычек или при умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- группа здоровья II – практически здоровые с повышенным риском заболевания лица, с отягощенной наследственностью по сахарному диабету, сердечно-сосудистым, онкологическим, почечно-желчнокаменным заболеваниям, психическим заболеваниям; в анамнезе черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда; женщины детородного возраста;

- группа здоровья III – лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ишемической болезнью сердца без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции.

8.5. 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.

8.6. При заключении договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю настоящие Правила и дополнительные условия страхования (Программы 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.

8.7. 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.

8.8. 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.

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

8.10. 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.

8.11. 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.

8.12. 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.

8.13. 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.

8.14. 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:

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

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:

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

8.15. На основании перерасчета страховой премии по выбору Страхователя производится либо возврат части страхового взноса, определенной согласно пункту 8.14. настоящих Правил, либо уменьшение очередного взноса на сумму определенную согласно пункту 8.14. настоящих Правил.

8.16. 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.

8.17. 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.

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

8.19. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п. 8.18. настоящих Правил, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

8.20. 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 статьёй.

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.

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 договора страхования (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. Дополнительное соглашение к договору начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса.

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 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.

9.5.2. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

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 травматическому повреждению или иному 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. Организовать предоставление Застрахованным медицинских услуг, предусмотренных условиями договора страхования.

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

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

9.6.6. Обеспечить конфиденциальность в отношении со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

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

10.2. 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.

10.3. При наступлении страхового случая медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются на основании предъявления им страхового полиса 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.

10.4. 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.

10.5. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, Застрахованный (Страхователь) представляет Страховщику следующие документы:

а) заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием способа получения страховой выплаты, а также с указанием полных банковских реквизитов в случае, если выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет;

б) договор страхования (страховой полис), все приложения и дополнительные соглашения к нему;

в) документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя страховой выплаты;

г) 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;

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

е) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (договор оказания медицинских услуг, заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, амбулаторной карты, результаты обследования и т.д.);

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

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов или затребовать при необходимости другие документы, подтверждающие факты и обстоятельства наступления страхового случая.

10.6. Все справки и выписки из медицинских организаций должны быть заверены подписью лица, имеющего право подписывать соответствующие документы, и печатью медицинской организации.

10.7. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику для рассмотрения вопроса о страховой выплате, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод.

В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или иного лица, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о страховой выплате до предоставления документов надлежащего качества.

10.8. В случае если Застрахованным или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

10.9. Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным или его представителем документы недостаточны для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 10 (десяти) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

10.10. В течение 20-ти (двадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных Правилами страхования и (или) договором страхования) Страховщик проводит анализ на предмет признания события страховым случаем и принимает решение о страховой выплате или отказе в страховой выплате.

В течение указанного в настоящем пункте срока эксперты Страховщика на основании представленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания.

10.11. Страховая выплата производится в течение 15-ти (пятнадцати) рабочих дней, если договором страхования не установлено иное, после получения заключения эксперта и подписания страхового акта.

10.12. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

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

10.12.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

10.12.3. Страховщик не был извещен в срок (п. 9.4.4.) 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;

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

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

10.14. 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), документ, удостоверяющий личность получателя.

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

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

11.1.1. Истечения срока действия договора страхования;

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

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

11.1.4. Смерти Застрахованного (при заключении индивидуальных договоров);

11.1.5. Смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

11.1.6. Расторжения договора по соглашению сторон;

11.1.7. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, кроме случаев передачи страхового портфеля ликвидируемого Страховщика другому Страховщику;

11.1.8. Ликвидации Страхователя - юридического лица кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

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

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

11.1.11. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

11.2. В случае прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным пунктами 11.1.1., 11.1.2., 11.1.4., 11.1.5. договор прекращается с момента реализации данных оснований.

11.3. Если договор страхования прекращается досрочно в связи со смертью Застрахованного Страховщик возвращает Страхователю, если он не является Застрахованным, а в других случаях наследникам по закону, полученную страховую премию за не истекший срок действия договора страхования за вычетом расходов Страховщика.

11.4. В случае прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному пунктом 11.1.6., договор считается расторгнутым с даты подписания сторонами соглашения, если иное не предусмотрено соглашением сторон. Вопрос о возврате оплаченной страховой премии определяется соглашением сторон.

11.5. 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 случае если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала его действия, то уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме. В остальных случаях возврат части уплаченной страховой премии не производится, если иное не предусмотрено договором страхования.

11.6. 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) производится в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

11.7. В случае прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному пунктом 11.1.10., договор считается расторгнутым с даты, указанной в уведомлении Страховщика.

11.8. Во всех случаях 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.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

12.2. Для разрешения споров, возникающих при исполнении и расторжении договора страхования, стороны обязуются до обращения в судебные органы использовать процедуру претензионного урегулирования споров.

При необходимости любая из сторон может потребовать привлечение экспертной комиссии. Расходы по привлечению специалистов несет сторона, против которой принято решение.

12.3. Сторона, считающая свои права нарушенными, обязана направить другой стороне претензию в письменной форме. Сторона, получившая претензию, обязана в течение 15 рабочих дней со дня получения рассмотреть ее и либо удовлетворить обоснованные требования, либо представить мотивированные возражения. Если по истечении указанного срока ответа на претензию не последовало или ответ не удовлетворил направившую претензию сторону, она имеет право обратиться с иском в суд в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

12.4. В случае если возникшее разногласие на момент обращения Страхователя (Застрахованного) 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) должен до направления финансовому уполномоченному обращению направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Застрахованного) 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) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от уполномоченного по правам потребителей финансовых услуг решения по обращению.

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

13. ИНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. 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:

13.1.1. Уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в заявлении на страховую выплату;

13.1.2. 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);

13.1.3. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в заявлении на страховую выплату.

13.2. 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.

13.3. 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.