

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ ГРУППА «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС»
(АО «СГ «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС»)**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

Р.С. Новиков

Приказ от

«27» февраля

2020 г. № 11/02



**КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА
добровольного медицинского страхования**

Москва, 2020

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ от 27.11.1992 г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. **Амбулаторно-поликлиническая помощь** – предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, включая проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах и в стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений). Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в программе добровольного медицинского страхования.

1.2.2. **Лекарственная помощь (лекарственное обеспечение)** – организация обеспечения и оплаты лекарственных средств Застрахованным лицам по рецептам врачей медицинских учреждений.

1.2.3. **Медицинские учреждения** – юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности, оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную, реабилитационно-восстановительную и иную медицинскую помощь, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых приводится в приложении к договору страхования.

1.2.4. **Медицинские и иные услуги** – комплекс мероприятий (действий), выполняемых медицинскими работниками и направленные на выявление, лечение заболевания и восстановление здоровья у Застрахованного лица.

1.2.5. **Программа добровольного медицинского страхования** – перечень медицинских и иных услуг, а также Медицинских учреждений, в которых указанные услуги предоставляются Застрахованному лицу.

1.2.6. **Реабилитационно-восстановительная помощь** – предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг по восстановительному и реабилитационному лечению для устранения последствия перенесенных заболеваний, состояний, травм, отравлений, операций и т.п. в медицинских учреждениях (больницах, подразделениях восстановительного лечения санаториев, санаториев-профилакториев, физкультурных диспансеров, водо- и грязелечебниц).

1.2.7. **Стационарная помощь** – предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях;

- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания больничных учреждений. Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в программе добровольного медицинского страхования.

1.2.8. **Скорая медицинская помощь** – предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг при состояниях, угрожающих его жизни и здоровью или окружающих его

лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах. Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в программе добровольного медицинского страхования.

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

1.2.10. Страховая премия – денежная сумма, установленная договором страхования, которую Страхователь уплачивает Страховщику, за принятые последним обязательства по договору страхования.

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями признаются российские и иностранные юридические лица, независимо от их организационно-правовой формы, а также дееспособные граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, заключающие со Страховщиком договоры добровольного медицинского страхования.

Страхователи – юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные).

Страхователи – физические лица заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные).

2.2. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 0 лет до 80 лет.

2.3. Страховщик – Акционерное общество «Страховая Группа «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС» (АО «СГ «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС»), осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством и Лицензией, выданной федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим надзор за страховой деятельностью.

2.4. Субъектом страхования является также Медицинское учреждение, оказывающее медицинские услуги Застрахованным лицам.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

4.1. Страховым случаем признается документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение из числа определенных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, за получением медицинской помощи, медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования.

4.2. Перечень медицинских услуг, объем страховой ответственности (страховая сумма), перечень медицинских учреждений, которых Застрахованный вправе получить медицинскую помощь, определяется договором страхования.

4.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

4.3.1. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, в учреждениях здравоохранения и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного

образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;

4.3.2. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, в учреждениях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь;

4.3.3. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь – комплексная медицинская помощь;

4.3.4. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, в учреждениях здравоохранения, оказывающих экстренную медицинскую помощь;

4.3.5. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь при инфекционных заболеваниях;

4.3.6. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, в учреждениях здравоохранения и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-стоматологическую помощь;

4.3.7. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, в учреждениях здравоохранения и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих комплексную акушерскую медицинскую помощь;

4.3.8. организации предоставления и оплаты медицинских услуг в медицинских учреждениях (больницах, отделениях реабилитации поликлиник, подразделениях восстановительного лечения санаториев и т.д.), при развитии у застрахованного осложнений после лечения, полученного в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь, с целью устранения последствия перенесенных заболеваний, травм, отравлений, операций и т.п.;

4.3.9. иные условия, предусмотренные Программами добровольного медицинского страхования.

4.4. Страхование действует только при условии обращения Застрахованного лица в Медицинские учреждения и получения им медицинских и иных услуг, в период действия договора страхования.

4.5. Не признаются страховыми событиями и страховая выплата не производится в случае обращения в Медицинское учреждение за получением медицинской помощи вследствие:

- получения травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- получения травм при покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство),

- иные случаи, предусмотренные программами добровольного медицинского страхования.

4.6. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в учреждениях здравоохранения, не определенных договором страхования.

4.7. Страхование по настоящим Правилам не распространяется на (если договором не предусмотрено иное):

- онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в т.ч. кроветворной и лимфоидной тканей) и их осложнения;

- врожденные и наследственные заболевания, в т.ч. крови и кроветворных органов, а также врожденные аномалии развития органов и их осложнения;

- венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию и ее осложнения;

- психические заболевания, органические психические расстройства (включая симптоматические), расстройства поведения, настроения, личности, невротические и соматоформные расстройства;
- эпилепсия;
- алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
- сахарный диабет (за исключением, выявленного первично – однократно) и его осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит), демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы;
- туберкулез;
- острая и хроническая лучевая болезни;
- бесплодие (мужское и женское), импотенцию;
- пластическая хирургия, ортопедия, за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;
- хирургические операции по изменению пола;
- хирургические операции и лечение, являющиеся по характеру экспериментальными или исследовательскими;
- заболевания или несчастные случаи, возникшие в результате террористических актов, военных действий, беспорядков, коллективных актов насилия политического, идеологического, социального происхождения, если доказано, что лицо, в пользу которого заключен договор страхования, принимало в них участие;
- последствия, произошедшие вследствие действий аномальных явлений (природных, физических либо иных).
- хроническая почечная недостаточность требующая проведения гемодиализа;
- экстракорпоральные методы лечения;
- методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикулопунктурная, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цугун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.);
- услуги психотерапевта;
- услуги по планированию семьи;
- услуги, оказываемые в косметических (в т.ч. по устранению косметических дефектов лица, тела, конечностей не зависимо от времени их возникновения) целях, а также по протезированию, если это не связано с наступлением несчастного случая.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из выбранных условий страхования, перечня медицинских услуг и учреждений здравоохранения, определенных договором страхования.

5.2. Страховая сумма, установленная договором страхования, является предельной суммой страховых выплат по договору страхования.

5.3. В пределах страховой суммы договором страхования могут быть установлены отдельные страховые суммы (лимиты возмещения) в отношении возмещения расходов по указанным в договоре страхования видам медицинских и иных услуг.

5.4. Договором страхования должна быть установлена страховая сумма:

5.4.1. в отношении всех Застрахованных лиц;

5.4.2. в отношении каждого Застрахованного лица (если такая сумма отдельно не прописана, то она принимается равной частному от деления общей страховой суммы на всех Застрахованных лиц на количество Застрахованных лиц).

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

Страховая премия определяется путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

6.2. При заключении договора страхования Страховщик применяет рассчитанный им базовый страховой тариф (Приложение 5 к настоящим Правилам), определяющий страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенности имущественных интересов конкретного лица, связанных с неисполнением с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, вправе применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты в диапазонах применения, указанных в Приложении 5 к настоящим Правилам.

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих / понижающих коэффициентов в определенных диапазонах применения позволяет Страховщику более полно учитывать условия страхования, возможные факторы риска и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического или иного обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 5 к настоящим Правилам, определены с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

6.3. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов в определенных диапазонах применения (Приложение 5 к настоящим Правилам) являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование; информации, самостоятельно полученной Страховщиком; заключений экспертов и оценщиков, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по страховому риску, включаемому в договор страхования.

При наличии факторов риска увеличивающих вероятность наступления страхового события по конкретному страховому риску Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на наступление страхового случая, Страховщик вправе применить к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" на оценку страхового риска.

6.4. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование; привлекает экспертов для оценки вероятности наступления страхового события; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о состоянии здоровья Застрахованного, на основе полученных результатов

делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

6.5. Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон.

6.6. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: при страховании на срок 1 месяц – 25 %, 2 месяца – 35%, 3 месяца – 40%, 4 месяца – 50%, 5 месяцев – 60%, 6 месяцев – 70%, 7 месяцев – 75%, 8 месяцев – 80%, 9 месяцев – 85%, 10 месяцев – 90%, 11 месяцев – 95%.

6.7. Уплата страховой премии производится путем наличного или безналичного расчета, единовременно или частями – в рассрочку страховыми взносами (два и более страховых взносов) в сроки, установленные договором страхования (страховым Полисом).

6.8. Если договором страхования предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку, то договором страхования может быть предусмотрена санкция за неуплату Страхователем в установленные сроки очередного страхового взноса, в том числе право Страховщика на досрочное прекращение договора страхования без возврата ранее уплаченной части страховой премии за истекший срок действия договора страхования.

6.9. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку и страховой случай по этому договору наступил до уплаты страховой премии в полном объеме, Страховщик вправе произвести страховую выплату за вычетом суммы неоплаченной части страховой премии.

6.10. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанном с увеличением стоимости оказания медицинских и иных услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских и иных услуг, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос страховой премии (при коллективном страховании – в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению страховой суммы и, при расширении перечня медицинских и иных услуг, объема ответственности, за не истекший период действия договора.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу) в Медицинском учреждении, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

7.2. Договор страхования заключается сроком на 1 (Один) год, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.3. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном (-ых) лице (-ах), в т.ч. об его (их) состоянии здоровья;
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- об условиях страхования;
- перечне медицинских услуг, предусмотренных договором;
- перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о размере страховой премии и порядке ее оплаты;
- о сроке действия договора.

7.4. Для заключения договора страхования Страхователь (физическое или юридическое лицо) представляет Страховщику:

7.4.1. письменное заявление о своем желании заключить договор страхования. Данное условие не является обязательным при заключении договоров страхования по программам амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи при инфекционных заболеваниях. Договор страхования может быть заключен на основании устного заявления Страхователя;

7.4.2. список лиц, подлежащих страхованию, при коллективном страховании.

7.5. В соответствии с пунктом 2 статьи 945 ГК РФ Страховщик вправе предусмотреть обязательное предварительное медицинское обследование страхуемого лица (лиц) для оценки фактического состояния его здоровья, в целях определения принадлежности к соответствующей группе риска (при этом медицинское обследование производится за счет средств Страхователя). Либо, Страховщик имеет право потребовать заполнения тест-анкеты и/или предоставление выписки из истории болезни (амбулаторной карты). Медицинское обследование может включать:

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови, анализ крови на глюкозу, липидный профиль.
3. Анализ крови на гепатиты В и С, ВИЧ.
4. Общий анализ мочи.
5. ЭКГ и стресс-тест ЭКГ.
6. УЗИ органов брюшной полости.
7. УЗИ органов малого таза (для женщин).
8. Рентген органов грудной клетки.
9. Заключение гинеколога/уролога.
10. Заключение терапевта с подробным описанием статуса по всем органам и системам.

7.6. По результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного и/или проведенного анкетирования устанавливается соответствующая группа здоровья¹ и выявляются другие существенные факторы, определяющие возможные условия заключения договора страхования, перечень медицинских услуг и лечебных учреждений, проводится расчет страхового тарифа.

7.7. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 10 (Десяти) рабочих дней при коллективном страховании и 5 (Пять) рабочих дней при индивидуальной форме заключения договора со дня подачи заявления Страхователем и выполнения им условий пункта 7.6. Правил.

7.8. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования или выдачи Страхователю страхового полиса, в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ, подписанного обоими сторонами.

7.9. Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

7.10. К договору коллективного страхования прилагается список Застрахованных, являющийся неотъемлемой его частью.

¹ Застрахованному может быть установлена одна из следующих групп здоровья:

а) группа здоровья I – практически здоровые лица 20-40 лет безотягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендициты, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

б) группа здоровья II – практически здоровые с повышенным риском заболевания лица в возрасте 20-50 лет с отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменными, психическими заболеваниями. В анамнезе – черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

в) группа здоровья III – лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, сексуальными нарушениями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 0 лет до 5 лет и лица старше 60 лет.

7.11. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с документом, подтверждающим факт заключения договора страхования. Отметка об ознакомлении Страхователя с Правилами должны быть подтверждены его подписью или, при коллективном страховании, подписью его представителя.

Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне как его неотъемлемая часть, либо договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети Интернет, либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. В договоре страхования (страховом полисе) должны быть признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

7.12. Договор страхования вступает в силу в 00 часов следующего дня после поступления на расчетный счет Страховщика (при безналичной оплате) или уплате через кассу Страховщика (при оплате наличными) первого (единовременного) взноса страховой премии, если договором не установлено иное.

7.13. В срок, установленный договором страхования, Страховщик выдает Застрахованным лицам страховые полисы и/или регистрационные карточки, пластиковые карты, иные носители информации, позволяющие получать медицинские и иные услуги.

7.14. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, регистрационной карточки или пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских и иных услуг, оказанных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

Дубликат бесплатно выдается один раз в течение срока действия договора страхования.

7.15. Страхователь в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком может застраховать дополнительное количество человек (при коллективном страховании), внести изменения в список застрахованных (при коллективном страховании), расширить объем страхового покрытия, перечень медицинских услуг, а также поменять медицинское учреждение.

7.16. О необходимости внесения изменений и дополнений в договор страхования сторона обязана в разумные сроки сообщить другой стороне в письменной форме.

7.17. Все изменения в условиях договора в пределах, предусмотренных настоящими Правилами, оформляются путем дополнительного письменного соглашения (аддендума) с соответствующим перерасчетом страховой премии.

7.18. Договор страхования прекращается в случаях:

7.18.1. истечения срока его действия;

7.18.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

7.18.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом (если нет правопреемника) или смерти Застрахованного, в отношении которого заключен договор страхования;

7.18.4. ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

7.18.5. вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным;

7.18.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.19. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по взаимному соглашению сторон, при соблюдении требований, установленных законодательством Российской Федерации.

7.20. Порядок досрочного прекращения договора страхования устанавливается договором страхования.

7.21. Уведомления о досрочном прекращении договора страхования направляются сторонами в письменной форме.

Договор страхования будет считаться прекращенным по истечении 30 (тридцать) календарных дней с момента направления такого уведомления, если настоящими Правилами или соглашением сторон не предусмотрен иной срок.

7.22. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная им Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если настоящими Правилами или договором страхования не предусмотрено иное.

7.23. В случае досрочного прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным п. 1 ст. 958 ГК РФ, страховая премия, причитающаяся Страховщику, будет исчисляться пропорционально фактическому периоду действия договора страхования.

7.24. В случае досрочного прекращения договора страхования по требованию Страховщика, страховая премия, причитающаяся Страховщику, будет исчисляться пропорционально за фактический период действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.25. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 5 (пять) дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 5 (пять) рабочих дней со дня его заключения.

7.26. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

7.27. Если иное не предусмотрено договором страхования, при досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страховщика в связи с невыполнением Страхователем условий договора страхования и/или Правил страхования Страхователю может быть возвращена внесенная им страховая премия за истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов, включая расходы на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки.

7.28. Размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю при расторжении договора по указанным выше причинам, рассчитывается исходя из фактически внесенной суммы страховой премии, отраженной в платежных документах.

7.29. Если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, 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. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения.

7.30. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховая премия Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения.

7.31. Размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю при расторжении договора по указанным выше причинам, рассчитывается исходя из фактически внесенной суммы страховой премии, отраженной в платежных документах.

7.32. Если настоящими Правилами или Договором страхования в случае досрочного прекращения Договора страхования предусмотрен возврат страховой премии или ее части, он производится в течение 10 (Десяти) рабочих дней.

7.33. Договор страхования считается недействительным в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.34. Страхователь – физическое лицо, заключая договор страхования на основании данных Правил, дает свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя, а также, если это предусмотрено заключаемым договором страхования и настоящими Правилами, указанных Страхователем при заключении договора страхования Застрахованных – физических лиц и Выгодоприобретателей – физических лиц, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя включают в себя:

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения;
- паспортные данные;
- адрес проживания;
- номера домашнего, рабочего, мобильного телефонов;
- информация (сведения), указываемые в договоре страхования, приложениях к нему,

заявлении на страхование, страховом полисе.

Целями обработки персональных данных являются: обеспечение соблюдения действующего законодательства Российской Федерации и иных нормативных правовых актов, осуществление страхования по заключаемому Договору страхования, надлежащее исполнение Страховщиком своих обязанностей и реализация Страховщиком своих прав, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и заключаемым договором страхования, обеспечение высокого качества предоставляемых страховых услуг, администрирование и сопровождение заключаемого договора страхования, информирование о страховых продуктах Страховщика.

Страхователь дает согласие на осуществление любых действий (совокупности действий) с персональными данными, требуемых для достижения указанных целей, как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации, включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных осуществляется, включая, но не ограничиваясь, следующими способами: хранение, запись на электронные и бумажные носители, их хранение, составление перечней, маркировка.

Страховщик вправе в случае необходимости для достижения целей обработки персональных данных передавать персональные данные и (или) их обработку третьим лицам.

Указанными третьими лицами могут быть: профессиональные объединения страховщиков, иные некоммерческие организации, страховые и перестраховочные компании, обслуживающие Страховщика банки, независимые экспертные организации и эксперты (оценщики), органы государственной власти и местного самоуправления, в том числе федеральный орган исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление функций по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (страхового дела) и его территориальные подразделения, федеральный антимонопольный орган и его территориальные подразделения.

Моментом получения согласия на обработку персональных данных является момент подписания Страхователем Договора страхования, а если заключению договора страхования предшествовала подача заявления на страхования, то момент подачи заявления на страхования Страхователем Страховщику. Согласие на обработку персональных данных дается на срок действия договора страхования, увеличенный на 10 лет. Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством Российской Федерации и внутренними документами Страховщика, подлежат хранению в течение установленного срока.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Согласие считается отозванным в день получения АО «СГ «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС» соответствующего уведомления.

Страхователь подтверждает, что на момент заключения договора страхования все Застрахованные лица и Выгодоприобретатели проинформированы:

- о передаче Страховщику своих персональных данных на условиях, предусмотренных договором страхования, настоящими Правилами, страховым полисом, заявлением на страхование;

- о целях такой передачи и правовых основаниях;

- о наименовании и адресе Страховщика и иных предполагаемых пользователей персональных данных;

- о порядке отзыва согласия на обработку персональных данных и иных правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

7.35. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

7.36. Взаимодействие с получателем страховых услуг может осуществляться посредством телефонной и почтовой связи, а также иным способом, установленным положениями настоящих Правил или договором страхования.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. Страхователь обязан незамедлительно в разумные сроки уведомить Страховщика обо всех известных ему существенных изменениях в принятом на страхование страховом риске, произошедших в течение срока действия договора страхования, даже если такое изменение страхового риска происходит не по воле Страхователя.

8.2. Существенными изменениями в страховом риске признаются такие изменения в объекте страхования или связанные с объектом страхования, которые имеют значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и которые могли бы – если бы они существовали в момент заключения договора страхования – повлиять на решение Страховщика о заключении договора страхования или на конкретные условия договора страхования.

В случаях, если Страхователь сомневается, являются ли произошедшие в страховом риске изменения существенными, он обязан уведомить Страховщика об этих изменениях.

В любом случае существенными являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении договора страхования в его Заявлении о страховании и в договоре страхования.

8.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать внесения изменений в условия действующего договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против внесения изменений в условия договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

8.4. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в п. 8.1. настоящих Правил, Страховщик (до наступления страхового события) вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

8.5. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

9.1. *Страховщик принимает на себя обязательства:*

9.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить Страхователю экземпляр Правил, дополнительных условий и иных материалов, если они являются неотъемлемой частью договора страхования, при заключении договора страхования;

9.1.2. предоставить до заключения договора страхования любому обратившемуся лицу без исключений информацию:

- о полном и сокращенном наименовании страховой организации (при наличии),
- об используемом Страховщиком знаке обслуживания (при наличии), о номере и дате выдачи лицензии на право осуществления страховой деятельности;
- о членстве в саморегулируемой организации (включая информацию о дате приема в члены саморегулируемой организации), об исключении из саморегулируемой организации (включая информацию о дате исключения из саморегулируемой организации), и текст Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утвержденный Решением Комитета финансового надзора Центрального Банка Российской Федерации (Протокол № КФНП-24 от 9.08.2018 г.);
- об адресе места нахождения Страховщика и его офисов с указанием их назначения, о контактном телефоне, по которому осуществляется связь со Страховщиком, об адресе официального сайта;

- о фамилиях, именах и отчествах членов совета директоров (наблюдательного совета), о лицах, занимающих должность единоличного исполнительного органа (членах коллегиального исполнительного органа), о лицах, занимающих должность главного бухгалтера;
- о страховой группе, в состав которой входит Страховщик (при наличии);
- о перечне осуществляемых Страховщиком видов страхования;
- об органе, осуществляющем полномочия по контролю и надзору за страховой деятельностью страховых организаций (с указанием ссылки на сайт или официальный адрес);
- о способах и адресах для направления обращений получателей страховых услуг Страховщику, в органы, осуществляющие полномочия по контролю и надзору за деятельностью страховых организаций, в саморегулируемую организацию, а также в орган досудебного рассмотрения споров (при наличии);
- о способах защиты прав получателей страховых услуг, включая информацию о наличии возможности и способах досудебного урегулирования спора, в том числе о процедуре медиации (при ее наличии);
- иную информацию, размещение которой предусмотрено законодательством Российской Федерации, с учетом требований к месту ее размещения;

9.1.3. Предоставить потенциальному Страхователю для ознакомления при заключении с ним договора страхования (при обращении с намерением заключить договор страхования) следующую информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Выгодоприобретателя/Застрахованного лица, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения медицинского освидетельствования Застрахованного лица, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения в соответствии с действующим законодательством;
- о сроках рассмотрения обращений Страхователя/Выгодоприобретателя относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества;

- о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (в случаях, предусмотренных положениями налогового законодательства Российской Федерации) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

Информация, указанная в пунктах 9.1.1 - 9.1.3 настоящих Правил страхования доводится до Страхователя в устной, бумажной или электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет. При этом размещение указанной информации на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем Страховщика.

По требованию Страхователя Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования, указанной в п. 9.1.3. настоящих Правил;

9.1.4. проинформировать Страхователя о способах и порядке подачи Страховщику письменного или устного заявления о заключении договора страхования, о необходимости ознакомления с Правилами и договором страхования.

9.1.5. выдать договор страхования (страховой полис) с приложением настоящих Правил, условий добровольного медицинского страхования, перечня Медицинских учреждений в установленный договором страхования срок;

9.1.6. организовать предоставление и оплатить Застрахованным медицинскую помощь по технологиям, применяемым в учреждениях здравоохранения, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования.

9.1.7. не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

9.1.8. для реализации программ добровольного медицинского страхования заключать договоры на оказание лечебно-профилактической помощи с частнопрактикующими врачами, Медицинскими и иными учреждениями;

9.1.9. обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных;

9.1.10. не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ, обеспечивать конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Выгодоприобретателя), полученных от Страхователя, при их обработке (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006);

9.1.11. при обеспечении защиты информации, полученной при осуществлении страховой деятельности, включая обеспечение целостности указанной информации, ее доступности и конфиденциальности, защите персональных данных Страхователей (Выгодоприобретателей), соблюдать требования, определенные законодательством Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами.

9.1.12. запросить предоставление документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты в случае, если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату;

9.1.13. предоставить по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, копии действующего договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, за исключением информации, не подлежащей разглашению;

9.1.14. принять заявление Страхователя о возврате уплаченной страховой премии (части страховой премии) в случае расторжения договора страхования или отказа Страхователя от договора страхования. Страховщик обязан обеспечить прием заявления одним из способов:

- в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном Страховщиком офисе;

- посредством почтовой связи;
- через личный кабинет (при наличии);
- через третье лицо, действующее по поручению Страховщика от его имени и за его счет при заключении договора страхования, если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом;

9.1.15. зафиксировать осуществление действий, указанных в пунктах 9.1.1., 9.1.3. любым из следующих способов:

- подписью Страхователя,
- проставлением Страхователем специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в личном кабинете,
- аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Страхователя в офисе или ином месте совершения действия, связанных с осуществлением страховой деятельности,
- иным способом, предусмотренным законом или согласованным со Страхователем.

9.1.16. исключить препятствия к осуществлению Страхователем (Выгодоприобретателем) аудиозаписи, видео- или фотосъемки процесса взаимодействия Страховщика со Страхователем/Выгодоприобретателем и документов, связанных с оказанием страховых услуг непосредственно Страхователю (Выгодоприобретателю) в местах, предназначенных для обслуживания Страхователей (Выгодоприобретателей) (заключения договоров страхования, приема документов о признании события страховым случаем), если Страхователь/Выгодоприобретатель уведомил работника Страховщика о соответствующем намерении до начала осуществления записи и (или) съемки;

9.1.17. проинформировать Страхователя при заключении договора страхования об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора страхования или настоящих Правил, а также своевременно проинформировать Страхователя об изменениях таких адресов на официальном сайте и непосредственно при его обращении. В случае невозможности информирования Страхователя до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении Страхователя (Выгодоприобретателя).

9.2. *Страховщик имеет право:*

9.2.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

9.2.2. проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности, – отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за не истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

9.2.3. досрочно расторгнуть Договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по Договору страхования в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

9.2.4. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса;

9.2.5. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

9.3. *Страхователь обязан:*

9.3.1. 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). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе (в т.ч. при проведении анкетирования).

9.3.2. своевременно уплачивать страховую премию;

9.3.3. ознакомить всех Застрахованных лиц с условиями договора страхования, их правами и обязанностями, выдать Застрахованным лицам полученные от Страховщика страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т.п.);

9.3.4. во всех случаях прекращения договора страхования уведомить Застрахованных лиц о прекращении действия договора страхования и вернуть Страховщику страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т.п.), действие которых прекращается с момента прекращения страхования в срок, установленный договором страхования;

9.3.5. при коллективном страховании уведомить Страховщика в письменном виде об увольнении Застрахованного лица в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента его увольнения;

9.4. *Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:*

9.4.1. требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских и иных услуг, определенных условиями договора страхования; в случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь (Застрахованное лицо) должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя (Застрахованного) возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное им лицо;

9.4.2. в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг, изменение условий добровольного медицинского страхования, не противоречащие настоящим Правилами, или повысить размер страховой суммы, заключив с согласия Страховщика дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение начинает действовать со дня уплаты страхового вноса;

9.4.3. до заключения договора страхования (страхового Полиса) получать от Страховщика информацию указанную в п. 9.1.1., 9.1.2, 9.1.3, 9.1.4, 9.1.17 Правил страхования;

9.4.5. бесплатно один раз в течение срока действия договора страхования получить дубликат, копию договора страхования в случае его утраты.

9.5. *Застрахованные лица обязаны:*

9.5.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

9.5.2. заботиться о сохранности страховых документов (полисов, а также именных регистрационных карточек, пластиковых карт и иных носителей информации, оговоренных договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат взносов страховой премии в этом случае производится за не истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании счетов выставленных сервисной организацией или Медицинским учреждением, указанным в договоре страхования, в порядке и сроки, установленные заключенным между Страховщиком и Медицинским учреждением (сервисной организацией) договоре на оказание медицинских и иных услуг по добровольному медицинскому страхованию.

10.2. Страховщик оплачивает понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении при наступлении страхового случая в рамках условий договора добровольного медицинского страхования в пределах страховой суммы и при соответствии назначений и проводимых манипуляций указанному диагнозу, послужившему поводом для обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение.

10.3. Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, полученные Застрахованным лицом в Медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договора на оказание медицинских и иных услуг (кроме случаев согласования оказания помощи со Страховщиками и подтверждения этого гарантийным письмом), услуги частных медсестер, массажистов, дополнительные гонорары врачам и т.д.

10.4. В случаях получения медицинских и иных услуг в Медицинских учреждениях, с которыми у Страховщика отсутствует договор на оказание медицинских и иных услуг, или в иных исключительных случаях, возможна выплата понесенных расходов Застрахованному лицу наличными через кассу Страховщика при предъявлении следующих документов:

- а) заявление Застрахованного лица на оплату понесенных расходов;
- б) документа, выданного Медицинским учреждением, подтверждающим факт оплаты за оказанные медицинские услуги;
- в) гарантийное письмо Страховщика, подтверждающего возможность оплаты медицинских услуг в Медицинских учреждениях, с которыми у Страховщика заключен договор на оказание медицинских и иных услуг самим Застрахованным;
- г) выписки из медицинских документов (справки, выписки из истории болезни, из амбулаторной карты и т.п.), подтверждающие факт обращения Застрахованного лица в Медицинское учреждение и оказание ему медицинских услуг в соответствии с перечнем медицинских услуг, указанных в программах медицинского страхования, прилагаемых к договору страхования;

На основании представленных документов Страховщиком проводится расследование и в случае признания события страховым на основании страхового акта Застрахованному лицу производится выплата.

10.5. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) он должен быть проинформирован:

- обо всех предусмотренных договором страхования и(или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;

- о предусмотренных договором страхования и настоящими Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя (Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Указанная информация доводится до Страхователя (Выгодоприобретателя) в устной, бумажной или электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет. При этом размещение указанной информации на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем Страховщика;

10.6. При личном обращении получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем. Опись, реестр, акт приема-передачи могут быть

составными частями заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая (или аналогичного документа).

10.7. При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие настоящим Правилам страхования и (или) договору страхования (страховому Полису)) и правильность их оформления.

В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

10.8. В случае выявления факта предоставления Страхователем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предъявления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом Страхователя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения документов.

10.9. В случае непредоставления лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты продлевается до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие документы.

10.10. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение по поводам, указанным в п.п. 4.5, 4.6, 4.7 настоящих Правил, а так же в конкретных Программах страхования.

В этом случае Медицинское учреждение, оказавшее медицинские и иные услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с нарушением состояния здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты подписания искового требования в кассу (на счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

В случае если медицинские и иные услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования и Страховщик на этом основании не оплатил медицинские расходы Застрахованных лиц, решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения. Медицинское учреждение вправе взыскать со Страхователя стоимость оказанных медицинских услуг, а Страхователь обязан внести указанную сумму в кассу (на счет) Медицинского учреждения в течение одного месяца с даты решения экспертной комиссии.

При несогласии Застрахованного лица с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

10.11. Страховщик обязан рассмотреть предоставленные документы и принять решение о признании (или непризнании) события страховым случаем в течение 20 рабочих дней с момента предоставления полного пакета документов, предусмотренного настоящими Правилами. Договором страхования или договором с Медицинским учреждением может быть предусмотрен иной срок.

10.12. Страховая выплата производится в течение 14 календарных дней с момента составления страхового акта, если иной срок не предусмотрен договором страхования или договором с Медицинским учреждением.

10.13. Право на предъявление к Страховщику претензий по страховой выплате сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

10.14. Страхователь (Застрахованный) обязан возратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты, если в течение установленных законодательством Российской Федерации сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам являлось основанием для отказа в выплате страхового возмещения.

10.15. Расчет налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты, в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом, производится в соответствии со статьей 213 и иными положениями Налогового кодекса Российской Федерации.

10.16. По устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о страховой выплате представляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по страхованию от несчастных случаев, подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указанию на компенсацию ущерба в натуральной форме, с перечнем имущества, передаваемого Страхователю (Выгодоприобретателю) в качестве страхового возмещения, ремонтных (восстановительных) работ, иных действий по страховому возмещению в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и настоящих правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

Страховщик предоставляет Страхователю (Выгодоприобретателю) по его письменному запросу письменный расчет суммы выплаты с указанием сведений о применении порядка расчета износа застрахованного имущества.

10.17. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) Страховщик в срок, не превышающий 30 (Тридцать) дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

10.18. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя (Выгодоприобретателя) в письменном виде об обоснованиях такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе.

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

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

11.2. При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

11.3. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение финансовому уполномоченному либо судебным органам в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

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

11.5. При разрешении спорных вопросов положения конкретного Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил.

11.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при разрешении споров обязателен претензионный досудебный порядок урегулирования спора как для лиц, ответственность которых застрахована, так и для Выгодоприобретателей. Надлежащим образом врученная претензия должна быть рассмотрена Страховщиком в течение 15 (Пятнадцати) календарных дней с даты получения Страховщиком досудебной претензии.

11.7. Все иные, не оговоренные настоящими Правилами условия, регулируются законодательством Российской Федерации.