

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
АО «Д2 Страхование»
И.И. Осипов
(приказ № 6-06/493 от 08.12.2023)

Вводятся в действие с 11.12.2023

Правила добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом «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 добровольного медицинского страхования физических лиц.

1.2. Страховщик – Акционерное общество «Д2 Страхование», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданными федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью Центральным банком Российской Федерации Лицензиями (СЛ № 1412, СИ № 1412). Полная информация о Страховщике на сайте www.d2insur.ru.

1.3. Страхователи – юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, индивидуальные предприниматели, дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования) в отношении себя либо в отношении третьих лиц (физических лиц).

1.4. Застрахованным признается гражданин (Страхователь - физическое лицо или другой названный в договоре страхования гражданин), в отношении здоровья которого заключен и действует договор страхования. Если Застрахованный и Страхователь – одно лицо, все положения, настоящих Правил, относящиеся к Застрахованному, распространяются на Страхователя.

1.5. Страховщик с учетом степени риска вправе определить дополнительные условия страхования (страховой тариф, лимиты ответственности и т. д.) при приеме на страхование следующих категорий граждан:

- лиц, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожновенерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инвалидов;
- лиц, больных онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;
- лиц до 1 года и старше 70 лет.

1.6. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

1.7. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель.

1.8. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено настоящими Правилами и не может быть определено, исходя из действующего законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской / 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 и здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

2.2. Страховым риском, на случай наступления которого производится страхование, являются затраты на оплату организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному при обращении его в медицинскую / иную организацию по поводу ухудшения состояния здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

При заключении договора страхования Страховщик гарантирует Застрахованному оплату или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг на условиях, указанных в Программе страхования (далее – Программа страхования), которую выбрал Страхователь при заключении договора страхования.

2.3. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение срока действия страхования в медицинскую / иную организацию из числа предусмотренных договором страхования и (или) согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платных медицинских и иных услуг, включенных в договор страхования, повлекшее возникновение расходов на оплату организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

В случае, если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия страхования в медицинскую / иную организацию из числа предусмотренных договором страхования и (или) согласованных со Страховщиком, для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

2.4. Страховщик принимает на себя обязательство произвести страховую выплату при оказании Застрахованному медицинских и иных услуг:

- в медицинских / иных организациях из числа предусмотренных договором страхования,
- в медицинских / иных организациях, не предусмотренных договором страхования – если это согласовано и/или организовано Страховщиком.

По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг в порядке и на условиях договора страхования в медицинских / иных организациях, у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию (далее – медицинских / иных организациях), с которыми Страховщиком заключены соответствующие договоры. Перечень медицинских / иных организаций, оказывающих услуги по Программе страхования, выбранной Страхователем, вручается Страхователю при заключении договора страхования.

Дополнительные требования Страхователя к уровню сервиса при оказании медицинскими / иными организациями

медицинских и иных услуг, может повлечь ограничение в списке медицинских / иных организаций, привлеченных к выполнению Программы страхования, а также увеличение размера страховой премии.

По согласованию со Страховщиком, медицинская / иная организация, с которой Страховщиком заключен соответствующий договор, может предпринимать меры по привлечению других медицинских / иных организаций для предоставления необходимых Застрахованному медицинских и иных услуг, если они не могут быть оказаны в данной медицинской / иной организации.

2.5. Перечень/объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному медицинской / иной организацией и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, определяется Программой страхования и возможностями медицинских / иных организаций, в которых Застрахованный вправе получить медицинские и иные услуги.

Договор страхования может быть заключен на условиях любой из утвержденных Страховщиком Программ страхования. Программы страхования являются приложением к договору страхования.

Программой страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным:

- первичной медико-санитарной помощи,
- специализированной, в том числе, высокотехнологичной, медицинской помощи,
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи,
- паллиативной медицинской помощи,

Программой страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным медицинской помощи в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)
- в условиях санаторно-курортной организации.

Программой страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным медицинской помощи в следующих формах:

- экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного;
- неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;
- плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного, угрозу его жизни и здоровью.

2.6. Не являются страховыми случаями обращения в медицинские / иные организации:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- б) в связи с умышленным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;
- в) в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, при условии, что нахождение в состоянии опьянения явилось непосредственной причиной получения данного повреждения;

г) по поводу заболеваний и травм, вызванных:

- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- стихийными бедствиями.

Иной перечень исключений может быть установлен договором страхования.

3. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

3.1. Страховой суммой является определенная договором страхования при его заключении денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая выплата – сумма страхового возмещения при наступлении страхового случая, которая определяется исходя из определенных договором страхования условий страхования, выбранной Программы страхования, перечня и стоимости медицинских и иных услуг, возраста и состояния здоровья Застрахованного, срока действия договора страхования, и указывается в договоре страхования.

3.2. При заключении договора страхования по нескольким Программам страхования страховая сумма устанавливается по каждой из Программ страхования. В этом случае Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой из Программ страхования.

3.3. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика (например, по одному Застрахованному, по одному страховому случаю, по видам медицинских и иных услуг).

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

Страховая премия устанавливается исходя из страховых тарифов, рассчитанных и утвержденных Страховщиком. К утвержденным Страховщиком тарифам могут применяться поправочные коэффициенты в зависимости от результатов медицинского осмотра страхуемых лиц, пола, возраста Застрахованного, стоимости медицинских и иных услуг и иных факторов.

3.5. При заключении договора страхования на условиях нескольких Программ страхования размер общей страховой премии по договору страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, определяется путем суммирования

страховых премий по каждой из Программ страхования.

3.6. Страховая премия может уплачиваться наличными деньгами или перечисляться на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

3.7. Страховая премия по договору страхования уплачивается единовременно или в рассрочку, в зависимости от условий договора страхования.

Порядок и сроки уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

В случае если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договор страхования предусматривает последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме; при этом могут быть предусмотрены следующие последствия:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- досрочное прекращение договора страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы (порядок изменения указывается в договоре страхования);
- расторжение договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством РФ.

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.

3.8. Договор страхования вступает в силу в 00.00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку). Иной срок вступления договора страхования в силу может быть предусмотрен договором страхования.

Днем уплаты страховой премии считается:

- при уплате наличными – день внесения страховой премии в кассу или представителю Страховщика.
- при безналичном расчете – день внесения страховой премии в кредитную организацию, либо платежному агенту, осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц, либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность в соответствии с законодательством о банках и банковской деятельности..

3.9. В договоре страхования может быть предусмотрен выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинскими и иными услугами не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии ответственность Страховщика по договору страхования начинается по окончании выжидательного периода.

3.10. Договор страхования может быть заключен на срок до 1 года, 1 год, свыше года.

Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора страхования: при сроке действия договора страхования до 2 месяцев – 30%; 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% от суммы годовой страховой премии.

При заключении договора страхования на срок, превышающий 1 год, страховая премия определяется как сумма страховой премии за количество полных лет (годовая премия, умноженная на количество лет) и страховой премии за неполный год в соответствии со шкалой краткосрочного страхования. Иной порядок может быть предусмотрен договором страхования.

3.11. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае увеличения страховой суммы (в том числе при увеличении числа Застрахованных) в период действия договора страхования, дополнительная страховая премия рассчитывается следующим образом:

$$Д = [C_2 - (C_1 - B)] \times T \times (M / 12), \text{ где}$$

Д – дополнительная страховая премия

C₂ – новая страховая сумма

C₁ – первоначальная страховая сумма

B – сумма произведенных страховых выплат

T – страховой тариф по договору страхования

M – число месяцев, оставшихся до окончания действия договора страхования

Соглашение об увеличении страховой суммы вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии, и заканчивается вместе с основным договором страхования.

3.12. Если иное не предусмотрено договором страхования, при расчете страховой премии в соответствии с пунктами 3.10., 3.11. Правил, в случаях, когда срок страхования составляет определенное количество полных календарных месяцев и несколько дней (неполный месяц), принимаются следующие условия:

- если количество дней не превышает 10 (включительно), то этот неполный месяц при расчете страховой премии не учитывается.

- если количество дней свыше 10, то неполный месяц принимается за полный.

4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

- а) о Застрахованном (Застрахованных);
- б) о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного осуществляется страхование (страхового случая);
- в) о Программе страхования и перечне медицинских / иных организаций, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным;
- г) о размере страховой суммы;
- д) о сроке действия договора страхования.

4.2. При заключении договора страхования Страховщик имеет право потребовать проведения профилактического

осмотра застрахуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья, выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, определения группы здоровья или потребовать выписку из амбулаторной карты (истории болезни), содержащей указанную информацию.

Предварительный профилактический осмотр производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного профилактического осмотра Застрахованному медицинской организацией устанавливается соответствующая группа здоровья в соответствии с критериями, установленными нормативными актами Министерства здравоохранения РФ.

Принадлежность Застрахованного к определенной группе здоровья может повлечь установление в договоре страхования дополнительных лимитов ответственности Страховщика и / или применение поправочных коэффициентов при расчете страховой премии.

4.3. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

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

4.3.2. Договор страхования оформляется путем составления единого документа, подписанного уполномоченными представителями Страхователя и Страховщика.

4.3.3. В Договоре страхования обязательно указываются:

- Наименование, юридический адрес и банковские реквизиты Страховщика.
- Наименование, юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя.
- Количество Застрахованных.
- Программа страхования, выбранная Страхователем.
- Страховая сумма.
- Срок действия договора страхования.
- Размер страховой премии (взноса), подлежащей уплате по договору страхования, порядок и форма ее уплаты.

4.3.4. К договору страхования прилагаются:

- списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием имени, отчества, фамилии, даты рождения, домашнего адреса;
- перечень медицинских / иных организаций, оказывающих Застрахованным медицинские и иные услуги;
- тексты Программ страхования, указанных в договоре страхования.

4.3.5. Застрахованным по договору страхования выдаются страховые полисы или карточки Застрахованных, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.4. Заключение договора страхования с физическими лицами.

4.4.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является устное или письменное заявление Страхователя.

4.4.2. Договор страхования заключается в письменной форме и удостоверяется выдачей страхового полиса.

4.5. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием настоящих Правил / Программой страхования и вручить ему один экземпляр вместе с документом, подтверждающим факт заключения договора страхования.

До заключения договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю – физическому лицу ключевой информационный документ, содержащий информацию о договоре страхования (документ по форме, установленной указанием Банка России), о чем делается запись в договоре страхования.

4.6. При утрате Застрахованным страхового полиса и / или страховой карточки, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченный документ признается недействительными и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования. Взамен утерянного документа Страхователю (Застрахованному) выдается дубликат (копия, заверенная Страховщиком).

4.7. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить (или уменьшить) страховую сумму, заменить Программу страхования, на условиях которой заключен договор страхования, включить в договор страхования дополнительную Программу страхования или исключить одну из Программ страхования, внести изменения в состав Застрахованных, в перечень медицинских / иных организаций, внести иные изменения в условия договора страхования. Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии. Стороны вправе предусмотреть в договоре страхования, что изменения в список Застрахованных вносятся в уведомительном порядке.

4.8. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах, в том числе отнесение Застрахованного к иной группе здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.5. настоящих Правил.

4.9. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик может расторгнуть договор страхования. При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе расторгнуть договор страхования и потребовать возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

4.10. Договор страхования прекращает свое действие в случае:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме (выплата полной страховой суммы);
- в) неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в установленные договором страхования сроки (со дня, следующего за днем, когда страховая премия (страховой взнос) должна была быть внесена);
- г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- д) в случае смерти Застрахованного (коллективный договор страхования в этом случае прекращается только в

отношении данного Застрахованного);

е) ликвидации Страховщика в порядке, установленном Законодательством Российской Федерации;

ж) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

3) прекращения возможности наступления страхового случая и существования страхового риска по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 1 ст. 958 ГК РФ). Договор страхования в этом случае прекращает свое действие с даты, когда Страхователь письменно заявил об отказе от договора страхования. Страховщик в течение 7 (Семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя и документов, подтверждающих факт прекращения возможности наступления страхового случая, возвращает Страхователю страховую премию за удержанием части страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования в днях, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования. При этом неполный день действия договора страхования в целях расчета удерживаемой Страховщиком части страховой премии учитывается как полный;

и) отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (если более длительный срок не предусмотрен законом (ст. 7 Федерального закона от 21.12.2013 № 353-ФЗ «О потребительском кредите (займе)» или другим законом или договором страхования), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договор страхования в этом случае 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 срока установленного выше в настоящем пункте). В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в срок, указанный в настоящем пункте, Страховщик в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя возвращает Страхователю страховую премию: 1) если Страхователь отказался от договора страхования, в срок указанный в настоящем пункте, до даты начала действия страхования, то Страховщик осуществляет возврат страховой премии в полном объеме; 2) если Страхователь отказался от договора страхования, в срок указанный в настоящем пункте, после даты начала действия страхования, Страховщик удерживает часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования в днях, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования. При этом неполный день действия договора страхования в целях расчета удерживаемой Страховщиком части страховой премии учитывается как полный. Договором страхования или законом может быть предусмотрен возврат страховой премии в полном объеме, независимо от даты начала действия страхования, при отказе Страхователя – физического лица/ Застрахованного от договора страхования в срок, указанный в настоящем пункте.

к) отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в случае, если Страхователю при заключении договора страхования не была предоставлена / предоставлена неполная или недостоверная информация о договоре страхования. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения заявления об отказе от страхования.

л) отказа Страхователя (выгодоприобретателя) от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в пункте 1 ст.958 ГК РФ.

м) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

4.11. Договор страхования может быть расторгнут по соглашению сторон. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга письменно не позднее, чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения договора страхования.

4.12. Страхователь (выгодоприобретатель) вправе отказаться от договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика. Договор страхования прекращает действовать с даты, указанной Страхователем в письменном заявлении (за исключением пп. «з», «и», «к» п.4.10 настоящих Правил). При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (за исключением пп. «з», «и», «к» п.4.10 настоящих Правил, а также иных случаев, предусмотренных законодательством) страховая премия возврату не подлежит, если иное не указано в договоре страхования.

Также не подлежит возврату уплаченная страховая премия в случае, когда договор страхования прекратил свое действие по причине неуплаты Страхователем очередных взносов.

4.13. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования Страхователь – физическое лицо обязан возвратить Страховщику страховой полис, Страхователь - юридическое лицо обязан возвратить Страховщику страховые полисы и / или страховые карточки на всех Застрахованных.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

5.1.1. Страхователь обязан:

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

б) представлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию.

в) обеспечивать сохранность документов по договору страхования.

г) в обязательном порядке согласовывать со Страховщиком направление каждого Застрахованного для получения медицинских и иных услуг (обеспечивать получение Застрахованным направления).

5.1.2. Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных: увеличить, уменьшить или произвести замену Застрахованных в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами;

в) по соглашению со Страховщиком расширить объем медицинских и иных услуг в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и Программами страхования, путем подписания соглашения к договору страхования, с соответствующим перерасчетом страховой премии;

г) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами;

д) требовать предоставления Застрахованному в медицинских / иных организациях, предусмотренных договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования.

В случае не предоставления медицинских и иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо (представитель) либо сам Застрахованный.

5.2. Права Застрахованного по договору страхования.

Застрахованный имеет право:

- а) на получение медицинских и иных услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских / иных организациях, перечень которых приложен к договору страхования, а также в привлеченных медицинских / иных организациях в соответствии с п.2.4. настоящих Правил;
- б) требовать от Страховщика соблюдения условий договора страхования;
- в) получать дубликат (копию, заверенную Страховщиком) страхового полиса и/или страховой карточки в случае их утраты (если применимо согласно условий договора страхования);
- г) получать разъяснения о Правилах и условиях договора страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;
- д) сообщать Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

5.3. Застрахованному запрещается:

- а) нарушать предписания лечащего врача, полученные в ходе оказания медицинских и иных услуг ;
- б) нарушать распорядок, установленный медицинской / иной организацией;
- в) передавать страховые документы (страховой полис, карточку Застрахованного) третьим лицам целью получения ими медицинских и иных услуг.

5.4. Лицо, выразившее согласие на участие в договоре страхования в качестве Застрахованного (в том числе принимая страховой полис, страховую карточку), тем самым в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выражает свое согласие на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, а именно:

- о факте обращения Застрахованного в медицинскую / иную организацию;
- о поставленном Застрахованному диагнозе;

о медицинских и иных услугах, назначенных и оказанных Застрахованному,

для чего предоставляет Страховщику правознакомиться с необходимой медицинской документацией, направлять запросы в медицинские / иные организации, получать в медицинских / иных организациях счета и реестры с расшифровкой оказанных медицинских и иных услуг.

5.5. Права и обязанности Страховщика.

5.5.1. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;
- б) выдать Застрахованным страховые полисы и/или страховые карточки (если это предусмотрено договором страхования).
- в) организовать предоставление Застрахованному медицинских и иных услуг, предусмотренных условиями договора страхования и их оплату;
- г) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

5.5.2. Страховщик имеет право:

- а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования.
- в) отказывать Страхователю в заключение договора страхования или страховой выплате (оплате оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг) в случае установления того, что Страхователь или Застрахованные сообщили ложные данные.
- г) досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;
- д) произвести перерасчет страховой суммы и страховой премии по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские и иные услуги и потребовать внесения соответствующих изменений в договор страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования. В случае отказа Страхователя от внесения изменений в договор страхования, он в этом случае прекращает свое действие после истечения срока, установленного Страховщиком для его изменения в порядке, предусмотренном договором страхования.

6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.

6.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, оказанных любой из медицинских / иных организаций, перечисленных в приложении к договору страхования и привлеченных в соответствии с п. 2.4 настоящих Правил, либо в ином порядке, предусмотренном договором страхования.

6.2. Право Застрахованного на получение и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения Страхователем обязательств по уплате страховой премии, а если договором страхования предусмотрен выжидательный период – то после его окончания.

6.3. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские / иные организации, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях, а также в привлеченные медицинские / иные организации в соответствии с п. 2.4. настоящих Правил.

При обращении в медицинскую / иную организацию:

- Застрахованный по договору страхования с физическим лицом предъявляет документ, удостоверяющий личность, и страховой полис (страховую карточку);

- Застрахованный по договору страхования с юридическим лицом предъявляет документ, удостоверяющий личность, Страховой полис и направление Страховщика (требуется, если это прямо указано в договоре страхования).

6.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, размер страховой выплаты равен стоимости оказанной

Застрахованному медицинской и иной услуги в соответствии с Программой страхования. Договором страхования, Программой страхования могут быть предусмотрены франшизы и лимиты страхового возмещения, порядок расчета которых указан в договоре страхования.

Оплата стоимости оказанных медицинскими / иными организациями медицинских и иных услуг производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской / иной организацией, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

6.5. Оплата медицинских и иных услуг производится после получения от медицинской / иной организации счёта с приложением документов, подтверждающих оказание медицинских и иных услуг (реестр оказанных медицинских и иных услуг, акт проделанных работ и т.п.) и проведения их медико-экономической экспертизы. Оплата лекарственных средств производится на основании предоставленных документов, указанных в Программе страхования. В пятидневный срок Страховщика осуществляют проверку на предмет соответствия выставленных счетов и реестров (актов) условиям договоров с медицинскими / иными организациями, являются ли лица, указанные в реестрах (актах), Застрахованными, проверяют сроки действия договоров страхования и производят оплату медицинских и иных услуг.

6.6. В случае возникновения сомнений в обоснованности выставления счетов за оказанные медицинские и иные услуги, Страховщик вправе затребовать у медицинских / иных организаций предоставления дополнительной информации медицинского характера или потребовать проведения медицинского освидетельствования Застрахованного специалистами, назначенными Страховщиком.

В этом случае оплата производится не ранее урегулирования возникших разногласий.

6.7. В исключительных случаях Страховщик вправе по просьбе Страхователя (Застрахованного) произвести предварительную оплату медицинских и иных услуг, назначенных Застрахованному его лечащим врачом.

6.8. Оплата медицинских и иных услуг, оказанных привлеченной в соответствии с п. 2.4 настоящих Правил медицинской / иной организацией, производится на основании надлежащим образом заверенных копий следующих документов в отношении привлеченной медицинской / иной организации: лицензии на оказание медицинских услуг, прейскуранта на медицинские и иные услуги, счет-фактуры, реестра оказанных медицинских и иных услуг.

6.9. Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату (оплатить оказанную Застрахованному медицинскую и иную услугу), если:

а) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования (выбранной Страхователем Программой страхования);

б) Застрахованным без согласования со Страховщиком получены медицинские и иные услуги в медицинских / иных организациях, не предусмотренных договором страхования;

в) Застрахованному оказана медицинская и иная услуга в рамках обязательного медицинского страхования. В случае, если обязательное медицинское страхование покрывает только часть оказанной Застрахованному медицинской и иной услуги, то оставшаяся часть может быть оплачена по договору страхования.

г) Если медицинские и иные услуги были оказаны Застрахованному до начала действия или по окончании срока действия договора страхования. Исключение составляют расходы, связанные с госпитализацией Застрахованного и его лечением, в случае, если госпитализация была осуществлена в период действия договора страхования (в этом случае из медицинских и иных услуг, оказанных за пределами срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает только те, которые связаны непосредственно с причиной госпитализации).

д) Застрахованным по договору страхования с юридическим лицом получены медицинские и иные услуги с нарушением пункта 6.3. настоящих Правил.

е) в иных случаях, предусмотренных Программой страхования, договором страхования.

6.10. Страховщик вправе не оплачивать ту часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страхования страховую сумму, франшизу, лимит страхового возмещения (лимит ответственности).

6.11. В случае когда договором страхования предусмотрена страховая выплата непосредственно Застрахованному (Выгодоприобретателю):

а) Договором страхования для осуществления страховой выплаты предусмотрен определенный перечень документов, необходимый для предоставления Выгодоприобретателем Страховщику при наступлении страхового случая; при выявлении факта предоставления Страховщику неполного пакета документов и / или документов, оформленных ненадлежащим образом, Страховщик направляет уведомление заявителю с указанием перечня недостающих и / или ненадлежащим образом оформленных документов не позднее 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком неполного пакета документов и / или документов, оформленных ненадлежащим образом.

При наступлении страхового случая и принятии решения о страховой выплате Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг на основании предоставленных им документов.

б) Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховая выплата осуществляется в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения предоставления Страховщику полного пакета надлежащим образом оформленных документов в соответствие с перечнем и условиями договора страхования, а в случае отсутствия оснований для страховой выплаты Страховщик в указанный срок направляет Страхователю / Выгодоприобретателю соответствующее уведомление.

Срок урегулирования требования о страховой выплате может быть продлен на 90 (Девяносто) календарных дней со дня направления Страховщиком соответствующего запроса (или на период получения Страховщиком ответов на направленные им запросы) (иной срок может быть установлен договором страхования) в связи с необходимостью получения Страховщиком информации от компетентных органов и / или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор страхования может быть признан недействительным по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации.

7.2. Все споры по договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, между Страховщиком и Страхователем / Выгодоприобретателем разрешаются путем переговоров. При не достижении согласия по обращениям, предусмотренным ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон 123-ФЗ), получатель страховых услуг вправе обратиться к финансовому уполномоченному. Получатель страховых услуг вправе заявлять в судебном порядке требования к

Страховщику, указанные в настоящем абзаце, в случае несогласия с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, а также в иных случаях, предусмотренных ст. 25 Закона 123-ФЗ. При не достижении согласия по иным обращениям (помимо предусмотренных ч. 1 ст. 15 Закона 123-ФЗ) получатель страховых услуг вправе обратиться для защиты своих интересов непосредственно в судебном порядке.

7.3. При разрешении спора в судебном порядке споры разрешаются судом в соответствии с законодательством РФ. Споры, возникающие из договора страхования со Страхователем / Выгодоприобретателем – юридическим лицом рассматриваются в Арбитражном суде Новосибирской области, из договора страхования со Страхователем / Выгодоприобретателем – физическим лицом – судом по месту жительства физического лица.

7.4. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, дает согласие (и подтверждает согласие Застрахованных) на обработку (в т. ч. сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым, не противоречащим законодательству РФ, способом (в т. ч. с использованием средств автоматизации или без использования таких средств) персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефонов, адреса электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, демографические характеристики, сведения о состоянии здоровья, – в целях заключения и исполнения договора страхования, перестрахования, проведения маркетинговых исследований и рекламных акций. Страхователь дает согласие Страховщику на осуществление информирования его путем направления смс / голосовых сообщений, а также по телефону, Интернет, электронной почте, почте и другим каналам связи о продуктах и услугах Страховщика (включая сообщения рекламного характера). Если иное не предусмотрено договором страхования, согласие на обработку персональных данных и согласие на информирование вступают в силу в момент уплаты страховой премии и действуют в течение 5 (Пяти) лет с даты прекращения действия договора страхования; по истечении указанного срока действие согласий считается продленным на каждые следующие 5 (Пять) лет при отсутствии сведений об их отзыве. Согласие может быть отозвано в любое время путем передачи Страховщику подписанного Страхователем (Застрахованным) письменного уведомления; в случае отзыва согласия Страховщик прекращает обработку персональных данных после выполнения требований законодательства, регламентирующих его деятельность, и в сроки, предусмотренные действующим законодательством РФ.