УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
АО «Д2 Страхование»
И.И. Осипов
(приказ № 6-06/232 от 22.07.2024)

Вводятся в действие с 22.07.2024

Правила добровольного медицинского страхования 1.0

г. Новосибирск

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ.

Страховщик – АО «Д2 Страхование» - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.
Страхователь – лицо, заключившее со страховщиком договор добровольного медицинского страхования в пользу третьих лиц или в свою пользу и обязанное уплатить страховую премию.
Застрахованный – физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.
Договор добровольного медицинского страхования – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется в период действия договора страхования при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, а также иных услуг, предусмотренных договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере. договоры страхования могут быть индивидуальными или коллективными.
Страховая выплата - оплата медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному в соответствии с условиями договора страхования.
Программа добровольного медицинского страхования (Программа страхования) – набор медицинских и иных услуг из перечня медицинских и иных услуг, формирующийся для каждого Застрахованного при заключении договора страхования, которые будут оплачены Страховщиком при наступлении страхового случая, а также перечень медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, где Застрахованный может получить медицинские и иные указанные в договоре страхования услуги.
Медицинские учреждения – имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научноисследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторнопрофилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, на территории Российской Федерации и за ее пределами, оказывающие в соответствии с договором со Страховщиком лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги) по добровольному медицинскому страхованию.
Сервисные компании - имеющие лицензию сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг.
Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по лекарственному обеспечению и обеспечению изделиями медицинского назначения.
Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.
Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.
Лекарственное обеспечение – организация и/или оплата отпуска и/или доставки лекарственных средств, предусмотренных договором страхования и выписанных лечащим врачом амбулаторнополиклинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения, при возникновении у Застрахованного страхового случая, лекарственных средств, в том числе, путем отпуска лекарств из аптечных учреждений. обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и, при необходимости, их доставку), включенных в договор страхования и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.
Протезно-ортопедическая помощь – оплата протезно-ортопедических изделий и услуг по их изготовлению и установке, а также медицинских услуг по реабилитации пациентов данного профиля.
Иные услуги - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в договор страхования, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при амбулаторном, стационарном, санаторнокурортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.
Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного:
- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до профильного медицинского учреждения на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ и за рубежом по медицинским причинам (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания застрахованного профильного медицинского учреждения на территории РФ. Медико-транспортные услуги могут также включать: транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного.

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, предусмотренном 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 является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

2.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское или аптечное учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их, предоставляемыми Застрахованному в соответствии с Договором страхования или по дополнительному согласованию со Страховщиком путем оказания консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи.

2.3. 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:

а) 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. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

3.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

3.3. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска.

3.4. Страховые тарифы по Перечню медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования приведены в Приложении № 3 к настоящим Правилам. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом набора и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности, возраста и состояния здоровья (наличие хронических заболеваний, предсуществующих заболеваний и т.п.) Застрахованных, а также информации, указанной Застрахованным (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского освидетельствования, периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

3.5. При заключении Договора страхования с целью определения размера подлежащей уплате страховой премии (страхового взноса) Страховщик может предложить Застрахованному (Страхователю) заполнить анкету. Страховщик имеет право направить Застрахованного на прохождение предварительного медицинского освидетельствования в объеме, необходимом для определения условий Договора страхования. Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

3.6. При отказе Застрахованного от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении данного Застрахованного.

3.7. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия Договора страхования) или в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в Договоре страхования. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами Страховщику (его представителю) или перечислена на счет Страховщика (его представителя) путем безналичного расчета.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) путем безналичных расчетов признается, если иное не предусмотрено договором страхования, день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) наличными денежными средствами признается, если иное не предусмотрено договором, день уплаты страховой премии (страхового взноса) уполномоченному представителю Страховщика.

3.8. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата

в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя/Выгодоприобретателя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса). При этом в случае такого отказа Страхователя/Выгодоприобретателя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя (Выгодоприобретателя) Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить страхование (Договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

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 страхуемого 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;

з) 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 право знакомиться 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. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг Застрахованным с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями, находящимися на территории РФ (резидентами или нерезидентами) и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники (включая зарубежные), аптечные учреждения, частнопрактикующих врачей и иные организации различных организационно-правовых форм, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

6.4. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, включая медико-транспортные услуги.

6.5. Выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, 13 комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную)2 организацию по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть организовано и оплачено Страховщиком также путем возмещения Застрахованному либо путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению, либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки. Оплата стоимости медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения) может быть осуществлена на основании договора, заключенного в письменной форме в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации. Сроки и порядок принятия решения о страховой выплате и сроки осуществления страховой выплаты по договору страхования за оказанную медицинскую помощь или иные услуги Застрахованным, а также оплате лекарственных средств или изделий медицинского назначения определяется условиями договоров с медицинским и/или иными учреждениями, аптечными (или иными) организациями

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 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.