

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «АК БАРС-Мед»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

Приказ № 16 от «31» января 2024 г.



Булат Сагидович Давлетшин

П Р А В И Л А

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 6

(в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 38 от 15.04.2019 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 16 от 31.01.2024 г.)

г. Казань
2024 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами Центрального банка Российской Федерации, иными подзаконными актами, касающимися страхового дела, настоящие Правила добровольного медицинского страхования (именуемые в дальнейшем – Правила) регулируют отношения, возникающие между субъектами добровольного медицинского страхования.

1.2. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные термины:

- *субъекты* - лица, участвующие в добровольном медицинском страховании;
- *страховщик* – страховая организация Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и получившая, в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации;
- *страхователи* - юридические лица любой организационно-правовой формы, физические лица, зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор (Полис) страхования);
- *застрахованный (застрахованное лицо)* - указанное в Договоре (Полисе) страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор (Полис) страхования.
- *получатель страховых услуг* – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор (Полис) страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и/или выгодоприобретатель по заключенному Договору (Полису) страхования.
- *медицинские организации* - находящиеся как на территории Российской Федерации, так и на территории иностранных государств лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации;
- *аптечные организации* – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских организаций), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации и имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности;
- *иные организации* – сервисные или ассистанские компании и организации, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры на предоставление услуг ассистанса;
- *ассистанс* – услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи, в том числе оказание услуг по репатриации и другие;
- *медицинская помощь (медицинская услуга)* – мероприятие или комплекс мероприятий, непосредственно направленных на профилактику, диагностику и лечение Заболевания, имеющих определенную цену. Медицинская помощь может быть консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической;
- *иные услуги* – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи, имеющие определенную цену. К Иным услугам относятся в частности: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортного пребывания в

Медицинской организации (палата улучшенной комфортности, дополнительное питание и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения в стационарных, в т.ч. санаторно-курортных условиях, если оно не входит в стоимость Медицинской помощи (стоимость койко-дня); оформление Медицинской и Иной организацией различной документации, связанной с оказанием Медицинской помощи; услуги с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий (телемедицина); информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи; другие услуги, оказываемые Медицинскими и Иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им Медицинской помощи;

- *телемедицинские консультации* - это Медицинская помощь, оказываемая с применением Телемедицинских технологий и организуемая в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- *телемедицинские технологии* - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и/или их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

- *медицинская реабилитация* - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация осуществляется в Медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

- *санаторно-курортное лечение* - включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую Медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах. Санаторно-курортное лечение направлено на:

1) активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;

2) восстановление и/или компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

- *лекарственная помощь* – обеспечение Застрахованных необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также иными средствами и предметами медицинского назначения, назначенными лечащим врачом для проведения диагностических, лечебных, реабилитационно-восстановительных и профилактических мероприятий, предполагающая оплату Страховщиком их стоимости;

- *лекарственные препараты* - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний, имеющие определенную цену;

- *изделия медицинского назначения* – инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, имеющие определенную цену. Применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями,

необходимыми для применения указанных изделий по назначению врача, предназначенные для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний.

- *заболевание (болезнь)* – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

- *страховой риск* – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления;

- *страховой случай* – совершившееся событие, предусмотренное Договором (Полисом) страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика выплатить страховое возмещение.

- *страховая выплата (выплата страхового возмещения)* – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором (Полисом) страхования обязан выплатить при наступлении Страхового случая;

- *страховая сумма* – определенная Договором (Полисом) страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату;

- *неагрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по каждому Страховому случаю (независимо от их числа), произошедшему в период срока действия Договора (Полиса) страхования. Неагрегатная страховая сумма не уменьшается на сумму выплаченного Страхового возмещения в течение срока действия Договора (Полиса) страхования, но не более одного года.

- *агрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по всем Страховым случаям, произошедшим в период срока действия Договора (Полиса) страхования. Агрегатная страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного Страховщиком в период действия Договора (Полиса) страхования Страхового возмещения.

- *лимит ответственности* – ограничение обязательств Страховщика по осуществлению Страховой выплаты при наступлении Страхового случая;

- *франшиза* – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования. Франшиза может быть условной и безусловной (устанавливается в процентах от Страховой суммы, либо как абсолютная величина – в денежном выражении),

при условной Франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размера Франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает Франшизу;

при безусловной Франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом размера Франшизы;

временная Франшиза предполагает исключение из страхового покрытия конкретного периода времени.

- *страховая премия (взнос)* – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором (Полисом) страхования. Страховой взнос – часть Страховой премии при ее уплате в рассрочку;

- *страховой тариф* – ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия Франшизы и ее размера;

- *ключевой информационный документ* - краткая информация о договоре страхования об условиях, рисках, страховом покрытии и исключениях из него, сроках и сумме возврата страховой премии при досрочном расторжении договора страхования, досудебном урегулировании споров.

- *программа добровольного медицинского страхования* – включает: виды, формы, объем и условия предоставления Медицинской помощи Застрахованным.

- *договор добровольного медицинского страхования (договор (Полис) страхования)* – соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователю/Застрахованному при наступлении Страхового случая. Договор (Полис) страхования может быть составлен как с обязательными подписями сторон (Страхователя и Страховщика), так и с оговоренными условиями Договора (Полиса) страхования аналогам подписей (цифровая подпись, факсимиле и др.);

- *дата заключения Договора (Полиса) страхования* – дата выдачи Договора (Полиса) страхования или дата оформления Договора (Полиса) страхования на сайте Страховщика.

- *срок страхования (срок действия Договора (Полиса) страхования)* - период времени, определяемый Договором (Полисом) страхования, в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат в соответствии с Договором (Полисом) страхования, при наступлении Страхового случая.

Договором (Полисом) страхования может быть специально оговорен срок страхования для отдельных Программ добровольного медицинского страхования или Страховых случаев.

- *оферта Страховщика* – предложение Страховщика заключить Договор (Полис) страхования. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика на предложенных условиях считается уплата Страховой премии;

- *официальный сайт Страховщика* – сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (www.akbarsmed.rf), содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанной в Едином государственном реестре субъектов страхового дела;

- *личный кабинет Страхователя* - страница на Официальном сайте Страховщика с функцией внесения информации и документов Страхователя;

- *личный кабинет Застрахованного* - страница на Официальном сайте Страховщика с персональной информацией Застрахованного, в том числе в Мобильном Приложении Страховщика;

- *мобильное Приложение Страховщика* – программный продукт Страховщика с функциями Личного кабинета Застрахованного, размещенный в сети Интернет на платформе Google Play и App store;

- *офис* – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение, изменение и/или расторжение Договора (Полиса) страхования, и/или прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и/или прием заявлений и других обращений Получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся к Страховщику;

- *доверенность* - письменное уполномочие, выдаваемое одним лицом другому лицу или другим лицам для представительства перед Страховщиком;

- *претензия*- направленная Страховщику Получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа на официальный электронный адрес жалоба о восстановлении или нарушении прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью Страховщика по оказанию страховых услуг;

- *электронный документ* - документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 8 к настоящим Правилам) и обеспечивает получение Медицинской помощи сверх установленной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.4. Договор (Полис) страхования заключается в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования и предусматривает финансирование и организацию Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, определенных Договором (Полисом) страхования либо возмещение Страхователю/Застрахованному понесенных расходов за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, предусмотренную Договором (Полисом) страхования.

Договор (Полис) страхования может быть заключен, как на условиях одной Программы добровольного медицинского страхования, так и нескольких Программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных настоящими Правилами.

Перечень Медицинских услуг, перечисленных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования, может быть изменен по соглашению между Страхователем и Страховщиком, о чем в Договоре (Полисе) страхования должно быть оговорено специально.

1.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Условия страхования (в том числе выдержки из Правил), Программы добровольного медицинского страхования к отдельному Договору (Полису) страхования или отдельной группе Договоров (Полисов) страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Условия страхования прилагаются к Договору (Полису) страхования и являются его неотъемлемой частью либо размещаются на Официальном сайте Страховщика.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Под маркетинговыми названиями понимаются названия отдельных групп единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

1.7. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора (Полиса) страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В качестве Субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Медицинская организация, Аптечная организация, Иные организации, Застрахованный.

2.2. Договор (Полис) страхования может быть заключен физическими лицами (Страхователями) как в отношении самих себя, то есть Страхователь и Застрахованный в заключаемом Договоре (Полисе) страхования одно и то же лицо, так и в отношении других лиц (Застрахованных), а также юридическими лицами в отношении физических лиц, являющихся как работниками данного юридического лица, так и не являющихся таковыми.

2.3. На условиях настоящих Правил заключаются Договоры (Полисы) страхования в пользу физических лиц в возрасте до 90 лет включительно, на момент заключения Договора (Полиса) страхования проживающих на территории Российской Федерации.

Программами добровольного медицинского страхования могут устанавливаться ограничения по возрасту лиц, подлежащих страхованию.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программами добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в Договоре (Полисе) страхования.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

4.1. Страховым случаем признается:

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором (Полисом) страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования;

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором (Полисом) страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования;

4.2. Объем ответственности Страховщика по Договору (Полису) страхования определяется перечнем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, включенной (включенных) в Программу (Программы) добровольного медицинского страхования, и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, в которых Застрахованные вправе получить в пределах Страховой суммы Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги предусмотренную (предусмотренные) Договором (Полисом) страхования.

Страховщик оставляет за собой право определять Медицинскую организацию, исходя из озвученных Застрахованным проявлений Заболевания, с учетом видов, условий оказания услуг, предоставляемых Медицинскими организациями, территориального расположения Медицинской организации и др.

Страхователь вправе в течение срока действия Договора (Полиса) страхования по согласованию со Страховщиком изменить перечень Программ добровольного медицинского страхования. Изменение количества Программ добровольного медицинского страхования по Договору (Полису) страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

4.3. При заключении Договора (Полиса) страхования Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации: Медицинской помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным по технологиям, применяемым в Медицинских и/или Иных организациях определенных Договором (Полисом) страхования; Лекарственной помощи, оказываемой Застрахованным в Аптечных организациях, определенных Договором (Полисом) страхования.

4.4. На добровольное медицинское страхование не принимаются (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования):

а) лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИД;

б) инвалиды I группы или дети – инвалиды;

- в) больные онкологическими заболеваниями;
- г) лица старше 90 лет.

4.5. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования), если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения;

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании;

к) в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральная оспа, полиомиелит, ТОРС и другие), в случае возникновения пандемии и/или объявления режима повышенной готовности;

л) за выплатой или Медицинской помощью Застрахованному, пострадавшему при несчастном случае на производстве.

4.6. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

4.7. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором (Полисом) страхования.

4.8. При заключении Договора (Полиса) страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием, если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования, возникновение или обострения Заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому Заболеванию.

4.9. В пределах объема страховой ответственности по Договору (Полису) страхования Страховщик вправе установить Лимиты ответственности и/или Франшизы.

Договором (Полисом) страхования могут быть предусмотрены Лимиты ответственности по Программе добровольного медицинского страхования, Страховому риску, Страховому случаю, виду Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иной услуги, Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, периоду оказания Медицинской помощи, прочим основаниям.

Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном, процентном или натуральном/абсолютном выражении (например, по количеству койко-дней, процедур и т.д.).

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору (Полису) страхования определяется Страховщиком и Страхователем по согласованию.

Страховая сумма отражает предельный уровень страхового возмещения по Договору (Полису) страхования, то есть общая сумма Страховых выплат в течение срока действия Договора (Полиса) страхования ни при каких условиях не может превышать установленную Страховую сумму.

5.2. Страхователь вправе в течение срока действия Договора (Полиса) страхования по согласованию со Страховщиком изменить уровень страхового возмещения (увеличить и/или уменьшить Страховую сумму) с уплатой дополнительной Страховой премии (взноса) (в случае увеличения Страховой суммы) или уменьшения части Страховой премии (взноса) (в случае уменьшения Страховой суммы) пропорционально неистекшему сроку действия основного Договора (Полиса) страхования.

Изменение Страховой суммы по Договору (Полису) страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

5.3. При заключении Договора (Полиса) страхования по нескольким Программам добровольного медицинского страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в пределах Страховой суммы по каждой из Программ добровольного медицинского страхования.

5.4. Страхование осуществляется на условиях агрегатной Страховой суммы, т.е. после Страховой выплаты Страховая сумма по Договору (Полису) страхования уменьшается на размер Страховой выплаты.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. При определении размера Страховой премии (взноса), подлежащей уплате по Договору (Полису) страхования, Страховщик, в каждом конкретном случае, применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие Страховую премию (взнос), с учетом размера Страховой суммы, выбранной (выбранных) Страхователем Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, уровня Медицинской организации, срока действия Договора (Полиса) страхования, состояния здоровья Застрахованного, рода деятельности Застрахованного, численности Застрахованных и иных условий.

Страховщик вправе применить коэффициенты (повышающие или понижающие) к базовым тарифам.

6.2. Страховая премия (взнос) по Договору (Полису) страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку, наличными денежными средствами либо в безналичном порядке.

Порядок уплаты Страховой премии (взноса) и форма проведения расчетов определяются в Договоре (Полисе) страхования.

Уплата Страховой премии по Договору (Полису) страхования путем акцепта (принятия) Оферты Страховщика производится только единовременно.

6.3. Страхователь обязан уплатить Страховщику Страховую премию (взнос) в течение 5 (Пяти) банковских дней (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования) с даты заключения Договора (Полиса) страхования.

6.4. При неуплате Страховой премии (взноса) Договор (Полис) страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса.

Договоренность об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса оформляется дополнительным соглашением и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

6.5. Если иное не установлено Договором (Полисом) страхования, датой уплаты Страховой премии (Страхового взноса) признается:

- дата внесения денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика при наличных расчетах;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- дата зачета встречных требований.

Факт уплаты Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами должен быть подтвержден квитанцией на получение страховой премии (взноса) или кассовым чеком.

Уплата Страховой премии (взноса) не считается состоявшейся, если платеж произведен с нарушением законодательства, регулирующего порядок расчетов.

Страховщик не освобождается от обязанности исполнения Договора (Полиса) страхования в случае несвоевременного перечисления Страховщику Страховой премии либо ее перечисления не в полном объеме уполномоченным представителем Страховщика.

6.6. В случае, если Договором (Полисом) страхования предусмотрено внесение Страховой премии в рассрочку, Договором (Полисом) страхования могут быть предусмотрены следующие последствия:

- зачет суммы просроченного Страхового взноса при определении размера Страховой выплаты;
- досрочное прекращение Договора (Полиса) 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;
- расторжение Договора (Полиса) страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части Страховой премии за период действия Договора (Полиса) страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Страхователь не освобождается от обязанности уплатить Страховую премию, если исполнение такой обязанности к моменту прекращения Договора (Полиса) страхования просрочено.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор (Полис) страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется финансировать и организовывать Застрахованным Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, определенного объема и качества, согласно Программе (Программам) добровольного медицинского страхования, а Страхователь обязуется оплатить Страховую премию, в соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования.

Договор (Полис) страхования заключается сроком до одного года, на один год или на срок более одного года. Срок действия Договора (Полиса) страхования может быть продлен по письменному соглашению сторон, с уплатой дополнительной Страховой премии.

Договор (Полис) страхования по настоящим Правилам может быть заключен:

- в виде электронного документа через Официальный сайт Страховщика www.akbarsmed.rf;
- в письменной форме при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор (Полис) страхования;

- путем акцепта (принятия) публичной Оферты объявленной Страховщиком.

Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении Договора (Полиса) страхования и прилагаемые к нему документы (при наличии) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

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

Заявление подписывается Страхователем.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации. К Договору страхования прилагается Заявление Страхователя со списком Застрахованных, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

Отдельными Программами добровольного медицинского страхования допускается заключение Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса страхования, без оформления Заявления от Страхователя. Полис страхования – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования без Заявления Страхователя и на Условиях страхования.

Если в Договоре (Полисе) страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре (Полисе) страхования либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору (Полису) страхования как его неотъемлемая часть, либо Договор (Полис) страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на Официальном сайте Страховщика, либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

Настоящие Правила могут быть предоставлены Страхователю на бумажном носителе или путем информирования его об адресе размещения Правил на Официальном сайте Страховщика, или путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил.

Направление Правил по указанному Страхователем адресу электронной почты или ссылки на Правила, размещенные на Официальном сайте Страховщика, или вручение Страхователю электронного носителя информации, является надлежащим вручением Правил.

7.2. Договор страхования содержит следующие сведения:

- наименование сторон;
- срок действия Договора страхования;
- численность Застрахованных, подтвержденную точным списком Застрахованных по Договору страхования;
- размер, сроки и порядок внесения Страховой премии (взноса);
- размер Страховой суммы;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон;
- иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Договор страхования с юридическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении № 6 к настоящим Правилам.

Договор страхования с физическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении № 7 к настоящим Правилам.

Договор страхования в упрощенной форме в виде полиса содержит следующие сведения:

- наименование сторон;
- срок действия Договора страхования;
- размер Страховой премии;
- размер Страховой суммы;
- иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

При подписании Договора (Полиса) страхования Страховщик, руководствуясь пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса РФ, вправе согласовать со Страхователем использование факсимильного воспроизведения подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договор (Полис) страхования и приложения к нему с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи.

В указанном случае факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика в Договоре (Полисе) страхования и приложениях к нему, а также в сопровождающих их документах (письмах, актах, заявлениях и пр.) признается сторонами Договора (Полиса) страхования аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика и является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

7.3. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 г «Об электронной подписи», п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г. Договор (Полис) страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

7.4. В соответствии с главой 28, ст. 940, 943 Гражданского кодекса Российской Федерации заключение Договора (Полиса) страхования на основании устного или письменного заявления Страхователя может быть осуществлено путем его направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи (в том числе в форме электронного документа), что является Офертой для заключения Договора (Полиса) страхования на условиях, содержащихся в Договоре (Полисе) страхования и в Правилах. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика на предложенных условиях считается уплата Страховой премии или первого Страхового взноса (если Договором (Полисом) страхования предусмотрена уплата Страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в Договоре (Полисе) страхования. При заключении Договора (Полиса) страхования в электронной форме факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и Договора (Полиса) страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

7.5. При заключении Договора (Полиса) страхования в электронной форме бумажный экземпляр Договора (Полиса) страхования у Страховщика отсутствует. Информация по Договору (Полису) страхования хранится в базе данных системы учета Договоров (Полисов) страхования Страховщика.

7.6. Перед заключением Договора (Полиса) страхования Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя-физическое лицо с Ключевым информационным документом об условиях договора добровольного медицинского страхования, вручить Страхователю Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного медицинского страхования;
- ознакомить Страхователя с настоящими Правилами, порядком их применения, вручить Страхователю настоящие Правила, о чем делается соответствующая отметка в Договоре (Полисе) страхования или приложениях к нему;
- разъяснить условия, на которых может быть заключен Договор (Полис) страхования, включающие информацию об: объекте страхования, Страховых рисках, порядке расчета

Страхового тарифа, размере Страховой премии, Страховой суммы и/или порядок определения размера Страховой премии, Страховой суммы, порядке и условиях осуществления Страховой выплаты, в том числе перечне документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая;

- разъяснить обстоятельства, влияющие на размер Страховой премии, способах и сроках (периодичности) уплаты Страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты Страховой премии (Страховых взносов);

- давать разъяснения о порядке применения франшизы (если применяется), исключениях из перечня страховых событий, о действиях Получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в Страховой выплате или сокращение ее размера;

- разъяснить дополнительные условия, связанные с заключением Договора (Полиса) страхования, в том числе о необходимости проведения обследования Получателя страховых услуг при заключении Договора (Полиса) страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора (Полиса) страхования;

- разъяснить примерный расчет размера Страховой премии, сформированный на основании представленного Страхователем письменного заявления на страхование, уведомить Страхователя о возможном изменении размера Страховой премии, Страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки Страхового риска;

- разъяснить условия возврата Страхователю уплаченной Страховой премии в случае его отказа от Договора (Полиса) страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о отсутствии возврата в соответствии с действующим законодательством;

- разъяснить сроки рассмотрения обращений относительно Страховой выплаты, о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и/или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения Страховщиком о признании события Страховым случаем или о размере Страховой выплаты;

- довести до Получателя страховой услуги информацию о порядке расчета налога, который будет удержан страховой организацией при расчете страховой выплаты (выплаты выкупной суммы) и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда страховая организация является налоговым агентом;

- довести до Получателя страховой услуги информацию о праве Получателя страховой услуги запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

- информировать Получателя страховой услуги об адресах мест приема документов при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора (Полиса) страхования, а также своевременно информировать Получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на Официальном сайте Страховщика, а также непосредственно Получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования Получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки Страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в Договоре (Полисе) страхования, при обращении Получателя страховых услуг.

7.7. Информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, доводится до Получателя страховой услуги (любого обратившегося лица без исключения) бесплатно в устной форме при его личном взаимодействии с представителем Страховщика или третьим лицом, действующим от имени Страховщика при обращении с намерением заключить Договор (Полис) страхования.

По запросу Получателя страховой услуги информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, может быть предоставлена в удобной для него форме, в том числе на бумажном носителе, в электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия с Получателем страховых услуг способами, указанными в Договоре (Полисе) страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Перед заключением Договора (Полиса) страхования Страховщик предлагает Страхователю указать номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты для направления Страхователю в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, информации об исполнении обязательств по Договору (Полису) страхования.

Заключая Договор (Полис) страхования на основании настоящих Правил, Получатель страховой услуги подтверждает, что он:

- до заключения Договора (Полиса) страхования ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) с Ключевым информационным документом об условиях договора добровольного медицинского страхования (*для Страхователей-физических лиц*);

- получил Ключевой информационный документ об условиях Договора добровольного медицинского страхования (*для Страхователей-физических лиц*);

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) и согласен с условиями настоящих Правил, условиями страхования, Программами добровольного медицинского страхования и условиями Договора (Полиса) страхования;

- получил экземпляр настоящих Правил, дополнительных условий страхования, Программу добровольного медицинского страхования;

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) с информацией, указанной в п. 7.6. настоящих Правил, что подтверждается или подписью Получателя страховой услуги на Договоре (Полисе) страхования, проставлением Получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на Официальном сайте Страховщика или в Личном кабинете на Официальном сайте Страховщика, или аудио- и/или видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Получателя страховых услуг в Офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности, или иным способом, предусмотренным законом или согласованным с Получателем страховых услуг.

7.8. Заключать от имени Страховщика Договор (Полис) страхования имеет право работник Страховщика и страховой агент (страховой брокер) полномочия которого подтверждены соответствующим документом (доверенность, агентский договор, договор поручения и т.п.).

По требованию Страхователя документ, подтверждающий полномочия лица, подписывающего от имени Страховщика Договор (Полис) страхования, предоставляется Страхователю в форме надлежащим образом заверенной копии.

В Договоре (Полисе) страхования обязательно указываются:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора (Полиса) страхования работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор (Полис) страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- фамилия, имя, отчество (при наличии) агента (брокера) (при подписании Договора (Полиса) страхования агентом (брокером) - физическим лицом, в том числе индивидуальным предпринимателем), лица, подписывающего Договор (Полис) страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- наименование агента (брокера) - юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя агента (брокера), подписывающего Договор (Полис) страхования от имени Страховщика, сведения о документе, подтверждающем его полномочия.

7.9. При заключении Договора (Полиса) страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское обследование и/или медицинское анкетирование лица (лиц), подлежащего (подлежащих) страхованию и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни для установления группы здоровья (Приложение № 1 к настоящим Правилам). Страховщик уведомляет Получателя страховых услуг о необходимости проведения предварительного медицинского обследования лица, в отношении которого заключается Договор (Полис) страхования и о порядке его проведения.

При отказе Застрахованного от прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком или заполнения медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора (Полиса) страхования.

В том случае, если после заключения Договора (Полиса) страхования будет установлено, что Застрахованный указал ложные сведения в медицинской анкете, Страховщик вправе требовать признания Договора (Полиса) страхования недействительным в отношении данного Застрахованного.

Предварительное медицинское обследование может производиться как за счет средств Страхователя, так и за счет средств Страховщика.

7.10. Основанием для заключения Договора страхования с юридическими лицами является письменное Заявление Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя;
- данные о лицах, подлежащих страхованию (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства каждого из них указываются в списке Застрахованных, который является приложением к Заявлению, их количество);
- желаемые условия добровольного медицинского страхования (Программа (Программы) добровольного медицинского страхования);
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с юридическим лицом.

7.11. Основанием для заключения Договора страхования с физическим лицом, кроме случаев заключения Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса, является письменное Заявление Страхователя (Приложение № 3 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства Страхователя и Застрахованного;
- желаемых условий добровольного медицинского страхования (Программы (Программ) добровольного медицинского страхования);
- срока действия Договора страхования;
- других данных, имеющих значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с физическим лицом.

7.12. Договор (Полис) страхования вступает в силу:

- а) при уплате Страховой премии (взноса) путем безналичных расчетов – со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика;

б) при уплате Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами - со дня поступления Страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или получения наличных средств представителем Страховщика;

в) Договором (Полисом) страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

7.13. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика Страхователем на предложенных условиях считается уплата Страховой премии. При принятии Страхователем Оферты Страховщика датой заключения Договора (Полиса) страхования является дата уплаты Страховой премии.

7.14. На каждого Застрахованного в течение 7 (Семи) рабочих дней после вступления Договора страхования в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования, оформляется Полис добровольного медицинского страхования.

Форма полиса для юридических лиц - Приложения № 4,

Форма полиса для физических лиц - Приложение № 5.

В Полисе добровольного медицинского страхования указывается:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения Застрахованного;
- срок действия Договора страхования.

В Полисе добровольного медицинского страхования также могут быть указаны:

- место работы;
- наименование Страхователя;
- Страховая сумма;
- Страховая премия;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

Полис добровольного медицинского страхования может быть в бумажной форме и в форме индивидуальной пластиковой карточки (в дальнейшем – Пластиковый полис), являющейся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного на получение медицинских услуг по договору страхования. Пластиковый полис содержит:

- уникальный номер;
- ФИО застрахованного;
- срок страхования;
- другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

По согласованию сторон, Полис добровольного медицинского страхования может передаваться Страховщиком Застрахованным в электронном виде через Мобильное приложение или Личный кабинет Застрахованного на Официальном сайте Страховщика.

7.15. При заключении Договора (Полиса) страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (Страхового риска), если эти обстоятельства не известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования или в его письменном запросе.

При заключении Договора (Полиса) страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора (Полиса) страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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

7.16. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора (Полиса) страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре (Полисе) страхования прямо указывается на применение настоящих Правил.

При заключении Договора страхования, по форме, указанной в Приложении № 6 к настоящим Правилам и в Приложении № 7 к настоящим Правилам, стороны Договора страхования могут изменить (дополнить или исключить) определенные условия Договора при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Изменение условий Договора (Полиса) страхования возможно по соглашению сторон.

Соглашение об изменении условий заключенного Договора (Полиса) страхования совершается в письменной форме путем подписания (заключения) Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования.

7.17. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора (Полиса) страхования считаются направленными сторонами друг другу только если они совершены в письменной форме и направлены почтовым отправлением по адресам, указанным в Договоре (Полисе) страхования, а также через Личный кабинет Страхователя на Официальном сайте Страховщика.

7.18. В случае изменения адресов и/или реквизитов, указанных в Договоре (Полисе) страхования, Сторона Договора (Полиса) страхования обязана в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты их изменения, уведомить другую Сторону в форме, позволяющей зафиксировать такое уведомление. Если Сторона не была уведомлена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны в указанный срок, все уведомления и извещения, направленные по адресу, указанному в Договоре (Полисе) страхования при его заключении, будут считаться полученными.

Юридически значимое сообщение/уведомление, сделанное в письменной форме, может быть направлено Стороной Договора (Полиса) страхования в адрес другой Стороны посредством электронной почты, факсимильной и другой связи, позволяющими достоверно установить от кого исходило сообщение/уведомление и кому оно адресовано.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных, в том числе адреса места нахождения, телефона, посредством размещения обновленной информации на Официальном сайте Страховщика.

7.19. В случае утраты Страхователем Договора (Полиса) страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат Договора (Полиса) страхования на основании его письменного заявления.

По запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, Страховщик предоставляет бесплатно один раз копии действующего Договора (Полиса) страхования, иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования (Правила страхования, Программы добровольного медицинского страхования, дополнительные условия страхования, иные документы в соответствии с условиями, указанными в Договоре (Полисе) страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных страховых премиях по коллективным Договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр).

7.20. По запросу Страхователя, Страховщик предоставляет документы на бумажном носителе, связанные с получением Страхователем услуги по добровольному медицинскому страхованию, при обращении в Офисы Страховщика (при наличии).

8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

8.1. Право Застрахованного на получение и оплату Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором (Полисом) страхования, наступает после вступления Договора (Полиса) страхования в силу, в соответствии с условиями Программы добровольного медицинского страхования.

8.2. Предоставление Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором (Полисом) страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в Медицинские и/или Аптечные и/или Иные организации, указанные в Договоре (Полисе) страхования. При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не указанных в Договоре (Полисе) страхования, но имеющих договорные отношения со Страховщиком, необходимо письменное или устное согласие последнего.

Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования может быть предусмотрена необходимость предварительного обращения Застрахованного за направлением в Контакт-центр Страховщика и/или на Официальный сайт Страховщика для получения Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Договоре (Полисе) страхования.

При обращении Застрахованного к Страховщику в случае наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, Застрахованный сообщает:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);
- номер Полиса добровольного медицинского страхования;
- возможно полную информацию об обстоятельствах наступления Страхового случая, известную Застрахованному на момент сообщения (место, дата, время наступления страхового случая, предполагаемые причины и др.).

При обращении Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию предъявляется Полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего по доверенности) в Аптечную организацию по поводу получения Лекарственных препаратов, Изделий медицинского назначения, а также иных средств и предметов медицинского назначения, предъявляется: Полис добровольного медицинского страхования; паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего по доверенности); рецепт установленной формы, выписанный врачом Медицинской организации, с информацией о ФИО Застрахованного, номере Полиса добровольного медицинского страхования, номере амбулаторной карты Застрахованного, за подписью и личной печатью лечащего врача, с проставлением штампа Медицинской организации.

8.3. В соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования Страховщик в счет Страховой суммы либо организывает оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Застрахованному и оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному либо возмещает денежные средства за полученную Медицинскую помощь и/или приобретенные Лекарственные препараты.

8.3.1. Оплата стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказанной (оказанных) Медицинскими и/или Аптечными и/или Иными организациями, производится, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации.

Перечисление денежных средств на счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации производится после получения первичных документов Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации и проведения Страховщиком медико-экономической экспертизы документации, представленной к оплате по добровольному медицинскому страхованию, а также подписания обеими сторонами акта приема-сдачи выполненных работ, в пределах Страховой суммы, предусмотренной Договором (Полисом) страхования.

В рамках настоящих Правил первичными документами признаются: счет-реестр Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказанной (оказанных) застрахованным по Договорам (Полисам) страхования, счет на оплату за оказанную (оказанные) Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение, отрывной талон к санаторно-курортной путевке, копия обратного талона к санаторно-курортной карте и другие документы, содержащие сведения об оказанной помощи.

Страховщик вправе осуществлять предоплату (авансирование) Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации.

Договором на предоставление Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг по добровольному медицинскому страхованию может быть предусмотрен иной порядок оплаты стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказанной (оказанных) Застрахованному (Застрахованным).

8.3.2. В случае, если это предусмотрено Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования, Застрахованный (его законный представитель либо лицо, действующее на основании доверенности, согласно Приложению № 11 к настоящим Правилам) может обратиться к Страховщику для получения Страховой выплаты с целью возмещения понесенных расходов за оказанную Медицинскую помощь или приобретение Лекарственных препаратов:

а) При получении Медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, выплата Страхового возмещения осуществляется по фактически понесенным расходам на основании следующих документов:

- заявления на возмещение понесенных расходов;
- копии паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копии Договора (Полиса) страхования;
- выписки из медицинской документации, содержащей: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения с описанием схемы лечения и назначенных Медицинских услуг, а также другой необходимой информации, указанной в Программе добровольного медицинского страхования. Выписка из медицинской документации должна быть подписана лечащим врачом, заверена его личной печатью и печатью Медицинской организации;

- документов, подтверждающих получение Застрахованным Медицинской помощи, с указанием наименования, количества, стоимости и даты оказания медицинских услуг, заверенных печатью и подписью уполномоченного лица Медицинской организации;

- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты оказанной Медицинской помощи, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- документа, подтверждающего правомочия (в случае обращения законного представителя либо лица, действующего по доверенности);

- других документов, предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования.

б) При приобретении Лекарственных препаратов, из числа предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования выплата Страхового возмещения осуществляется на основании следующих документов:

- заявления на возмещение понесенных расходов;
- копии паспорта/документа, удостоверяющего личность;

- копии Договора (Полиса) страхования;
- выписки из медицинской документации, содержащей: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения с описанием схемы лечения назначенных Лекарственных препаратов, а также другой необходимой информации, указанной в Программе добровольного медицинского страхования. Выписка из медицинской документации должна быть подписана лечащим врачом, заверена его личной печатью и печатью Медицинской организации;
- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты Лекарственных препаратов, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- документа, подтверждающего правомочия (в случае обращения законного представителя либо лица, действующего по доверенности);
- других документов, предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования.

После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по запросу Получателя страховых услуг Страховщик информирует последнего:

- обо всех предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или настоящими Правилами необходимых действиях, которые Получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события Страховым случаем и определения размера Страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;
- о предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или настоящими Правилами форме и способах осуществления Страховой выплаты, направленных на обеспечение прав Получателя страховых услуг на получение Страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре (Полисе) страхования и/или настоящих Правилах.

В случае если условиями конкретного Договора (Полиса) страхования или согласно официальному сообщению Страховщика, размещаемому на Официальном сайте Страховщика, предусмотрена возможность предоставления Получателем страховой услуги (его законным представителем или лица, действующего по доверенности) информации и документов в электронном виде для получения Страховой выплаты, Получатель страховых услуг (его законный представитель или лицо, действующее по доверенности) может представить Страховщику документы, предусмотренные п. 8.3.2. настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Получателя страховой услуги (его законным представителем или лица, действующего по доверенности).

При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законным представителем или лица, действующего по доверенности), или затребовать у Получателя страховой услуги (его законного представителя либо лица, действующего по доверенности) оригиналы или заверенные соответствующими компетентными органами копии документов, представленных в виде электронных документов, заверенных Получателем страховой услуги (его законным представителем или лицом, действующем по доверенности).

В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов срок осуществления Страховой выплаты исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов, указанных п. 8.3.2. настоящих Правил.

В случае если заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, и документы по заявленному событию подаются Получателем страховой услуги (его законным представителем или лицом, действующим по доверенности) в электронном виде, Страховщик вправе до осуществления Страховой выплаты направить Получателю страховой услуги (его законному представителю или лицу, действующему по доверенности) любым доступным способом (коротким текстовым сообщением на телефон, по электронной почте, посредством размещения в Личном кабинете Страхователя на Официальном сайте Страховщика и т. д.) произведенный им расчет Страховой выплаты.

Получатель страховой услуги (его законный представитель или лицо, действующее по доверенности) обязан сообщить о своем согласии или несогласии с размером Страховой выплаты не позднее 2 (Двух) рабочих дней с даты предоставления Страховщиком соответствующего расчета. При согласии с расчетом Страховщика срок выплаты Страхового возмещения исчисляется с даты получения Страховщиком соответствующего согласия или несогласия с размером суммы Страхового возмещения, рассчитанным без предоставления оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов, Получатель страховой услуги (его законный представитель или лицо, действующее по доверенности) обязан в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения от Страховщика соответствующего расчета, предоставить Страховщику оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов, предоставленных им ранее в виде копий, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законного представителя или лица, действующего по доверенности). В последнем случае срок осуществления Страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов.

При получении Страховой выплаты Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) с целью возмещения понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь и/или приобретенные Лекарственные препараты документы, указанные в п. 8.3.2. настоящих Правил, принимаются Страховщиком:

- при личном обращении Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) по описи, реестру или акту-приема-передачи с указанием даты приема документов. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается уполномоченным представителем Страховщика и Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности). Опись, реестр или акт приема-передачи может вестись Страховщиком с использованием автоматизированной системы, имеющейся в распоряжении Страховщика (его уполномоченного представителя),

- при предоставлении документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет» или по факсу уполномоченный представитель Страховщика проверяет: комплектность документов на соответствие требованиям настоящих Правил и/или Договора (Полиса) страхования; правильность оформления документов; фиксирует прием документа (ов) и дату приема в описи, реестре или акте приема-передачи, или в автоматизированной системе.

В случае, если документы на Страховую выплату были направлены Страховщику без сопроводительного письма, содержащего перечень или опись предоставленных документов, Страховщик не имеет право отказать в их приеме.

В случае выявления факта предоставления Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) документов не в полном объеме (недостаточных для принятия решения о признании события страховым и

осуществления Страховой выплаты) и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора (Полиса) страхования, Страховщик:

- принимает документы, при этом срок принятия решения о признании заявленного события страховым не начинается до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, указанных в п. 8.3.2. настоящих Правил,

- уведомляет об указанном лице, подавшее заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Страхователей/Застрахованных (их законных представителей либо лиц, действующих на основании доверенности) – физических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществления Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов - 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет» или по факсу.

Срок уведомления Страхователей/Застрахованных (их законных представителей либо лиц, действующих на основании доверенности) – юридических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществления Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов - 30 (Тридцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением.

Страховщик не имеет права отказать в Страховой выплате по причине утраты им представленных документов на Страховую выплату Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

В случае если Страховщик утратил документы на Страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от Страхователя (Выгодоприобретателя, подавшего документы лица).

Исключение составляют случаи обращения за Страховой выплатой по Договору (Полису) страхования, переданному в составе страхового портфеля. Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на Страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель Страховщику, но не переданных передавшим страховой портфель Страховщиком принявшему страховой портфель Страховщику.

По устному или письменному запросу Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о Страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы Страховой выплаты, которая должна включать:

- а) Страховую сумму (ее часть) или окончательную сумму Страхового возмещения, подлежащую выплате;

- б) порядок расчета Страховой выплаты;

- в) исчерпывающий перечень норм права и/или условий Договора (Полиса) страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

По письменному запросу Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) Страховщик в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней, обязан предоставить ему в письменной форме исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о Страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), направленных на получение Страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому Страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

При непризнании события Страховым случаем Страховщик направляет в адрес Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), указанный в заявлении, уведомление об отсутствии оснований для Страховой выплаты.

В случае отсутствия правовых оснований для осуществления Страховой выплаты Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней после принятия решения об отказе в Страховой выплате информирует Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия Договора (Полиса) страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с даты направления такого запроса, предоставляет документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), обосновывающие решение об отказе в Страховой выплате, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), направленных на получение Страховой выплаты.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1. В течение срока действия Договора (Полиса) страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора (Полиса) страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска. Под обстоятельствами, влекущими увеличение Страхового риска, о которых Страхователь обязан сообщить Страховщику, понимаются, например, выявление хронического заболевания или установление инвалидности, о которых Страховщик не может знать и т.д.

При неисполнении Страхователем обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении Страхового риска, последний вправе потребовать расторжения Договора (Полиса) страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска, Страховщик вправе в одностороннем порядке изменить условия Договора (Полиса) страхования или потребовать уплаты дополнительной Страховой премии (взноса) соразмерно увеличению Страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора (Полиса) страхования или доплаты Страховой премии (взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора (Полиса) страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.3. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора (Полиса) страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Страхователя по Договору (Полису) страхования.

10.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре (Полисе) страхования.

В случае непредставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

в) при коллективном страховании в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширять (уменьшать) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.3., п. 10.4. настоящих Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) расширять (уменьшать) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повышать (уменьшать) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования;

д) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

е) досрочно расторгнуть Договор (Полис) страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.1.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования, а также иную информацию, связанную с Договором (Полисом) страхования;

б) до даты заключения Договора (Полиса) страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений,

включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) предоставлять по запросу Страховщика согласие на обработку персональных данных (в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором (Полисом) страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором (Полисом) страхования:

ж) обеспечить сохранность документов по Договору (Полису) страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

и) обеспечить надлежащее хранение Застрахованными Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

й) обеспечить соблюдение Застрахованными предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдение распорядка, установленного Медицинской организацией;

к) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

10.2. Права и обязанности Страховщика.

10.2.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора (Полиса) страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора (Полиса) страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору (Полису) страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования на условиях настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор (Полис) страхования в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством и настоящими Правилами;

е) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования;

ж) не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

10.2.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об

особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) ознакомить Страхователя с Ключевым информационным документом об условиях договора добровольного медицинского страхования (для Страхователей-физических лиц), а также с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

е) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12 настоящих Правил;

ё) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

ж) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

10.3. В случае расширения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них Страховую премию (взнос) за период с момента включения в список Застрахованных до момента окончания периода страхования, пропорционально не истекшему сроку действия основного Договора страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их письменного согласия) Договор страхования в отношении этих лиц прекращает свое действие, уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.4. В случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в список Застрахованных. Замена Страхователем Застрахованного, указанного в Договоре страхования, другим лицом, может быть произведена только с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

Полисы добровольного медицинского страхования лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным выдается Полис добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных Договором страхования.

11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор (Полис) страхования прекращается в случаях:

11.1.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором (Полисом) страхования в качестве даты окончания срока его действия.

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору (Полису) страхования в полном объеме – с момента такового.

11.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

11.1.4. Неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса при уплате Страховой премии в рассрочку или при уплате Страховой премии не в полном объеме.

При этом Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме и досрочном прекращении вследствие этого Договора (Полиса) страхования путём: направления ему заказного письма с уведомлением о вручении, посредством Личного кабинета Страхователя (при наличии), по известному Страховщику номеру телефона или электронному адресу (e-mail) Страхователя. Уведомление считается полученным/доставленным, если оно поступило лицу, которому направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

Договор (Полис) страхования прекращает действие по истечении 7 (Семи) календарных дней (если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное) с даты направления Страховщиком уведомления, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

11.1.5. Необеспечения Страхователем соблюдения, Застрахованным предписаний лечащего врача.

11.1.6. В случае смерти Застрахованного, Договор (Полис) страхования прекращает свое действие в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения смерти соответствующим свидетельством.

Если Договором (Полисом) страхования предусмотрено возмещение Страхователю/Застрахованному (его законному представителю либо лицу, действующему на основании доверенности) понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь и/или приобретенные Лекарственные препараты, в случае смерти Застрахованного Страховая выплата подлежит возмещению наследникам Застрахованного либо его законным представителям, либо лицу, действующему по доверенности.

11.1.7 Со дня вступления в силу судебного решения о признании Договора (Полиса) страхования недействительным;

11.1.8. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.2. Договор (Полис) страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон в случаях, предусмотренных Договором (Полисом) страхования, настоящими Правилами или действующим законодательством.

11.3. При досрочном прекращении Договора (Полиса) страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе Страхователя – юридического лица от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

11.5. При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме при отказе от Договора (Полиса) страхования до даты начала действия страхования;

- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования при отказе от Договора (Полиса) страхования после даты начала действия страхования.

При наличии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, на усмотрение Страховщика, уплаченная Страховая премия (взнос) не подлежит возврату либо возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, а также суммы выплаты.

11.5.1. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования после 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное.

11.6. Договор (Полис) страхования прекращается при отказе Страхователя – физического лица от добровольного страхования в случае не предоставления Страховщиком Ключевого информационного документа об условиях договора добровольного страхования, предоставления его неполной или недостоверной информации.

Срок возврата Страховой премии не должен превышать 7 (Семь) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от добровольного страхования.

11.7. Страховщик обеспечивает прием заявлений в случае расторжения или отказа Страхователя от Договора (Полиса) страхования в Офисах, в которых заключался Договор (Полис) страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования Офисе, или посредством почтовой связи, или на Официальном сайте Страховщика, а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика при заключении Договора (Полиса) страхования, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

В случае расторжения Договора (Полиса) страхования, Страхователь может использовать образец заявления, размещенного на Официальном сайте Страховщика. Страхователь заполняет и подписывает заявление и прикладывает цветную скан-копию или цветное фотографическое изображение заявления на Официальном сайте Страховщика либо оригинал заявления направляет почтовым направлением. К заявлению Страхователь обязуется приложить копию паспорта.

11.8. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному Договору (Полису) страхования бесплатно предоставляет ему заверенный расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением Договора (Полиса) страхования.

К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и/или условия Договора (Полиса) страхования, Правил, на основании которых произведен расчет.

12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Порядок и условия осуществления Страховых выплат Медицинским и/или Аптечным и/или Иным организациям определяются договором, заключаемым Страховщиком с Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией и п.8.3.1. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховые выплаты в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней после даты подписания Акта приема-сдачи выполненных работ Страховщиком и

Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией. Акт приема-сдачи выполненных работ подписывается Страховщиком в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех документов необходимых для взаиморасчетов.

12.2. Порядок и условия осуществления Страховой выплаты Застрахованному в форме возмещения расходов, понесенных при получении Медицинской и/или Лекарственной помощи определяются Договором (Полисом) страхования, заключенным Страховщиком со Страхователем (Застрахованным) и п.8.3.2. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховую выплату в течение 30 (Тридцати) рабочих дней (если иной срок не установлен Договором (Полисом) страхования) со дня, следующего за днем получения заявления о выплате Страхового возмещения с приложением всех необходимых документов, оформленных надлежащим образом, предусмотренных настоящими Правилами, необходимых для принятия решения о выплате, при признании события Страховым случаем.

Страховщик имеет право продлить установленные Договором (Полисом) страхования и/или настоящими Правилами сроки рассмотрения заявленного события в случае, если у него имеются сомнения в подлинности представленных копий документов, в правомерности получения Страхового возмещения Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) – до тех пор, пока не будут предоставлены необходимые документы (доказательства): оригиналы документов, ранее представленных в форме копий, документы, подтверждающие право Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) на получение Страхового возмещения. О факте продления сроков принятия решения Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты принятия Страховщиком соответствующего решения.

Если изменение сроков принятия решения о признании/непризнании заявленного события страховым вызвано необходимостью дополнительной проверки предоставленных Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) документов (включая направление Страховщиком дополнительных запросов в компетентные органы и другие организации), по требованию Страховщика Страхователь обязан выдать соответствующие доверенности представителям Страховщика. В этом случае Страховщик принимает решение об осуществлении Страховой выплаты или принимает решение о непризнании случая страховым (об отказе в Страховой выплате) в течение 3 (Трех) рабочих дней, следующих за днем получения ответов (документов) или подтверждающих сведений (документов) компетентных органов и других организаций. Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) о начале проведения такой проверки, а по окончании такой проверки сообщить Страхователю о ее результатах. При этом срок каждой дополнительной проверки не может превышать 30 (Тридцать) календарных дней.

Если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования, днем выплаты является:

- дата списания денежных средств со счета Страховщика;
- дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

С целью идентификации Страхователей/Застрахованных (его законных представителей либо лиц, действующих на основании доверенности), обратившихся к Страховщику с заявлением о Страховой выплате в рамках выполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» Страховщик вправе при урегулировании требований о Страховой выплате требовать предоставления сведений и документов, необходимых для идентификации в соответствии с указанным законом.

13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному, если:

13.1.1. Полученная Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги не предусмотрена (не предусмотрены) Договором (Полисом) страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.2. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования или не согласованных Страховщиком.

13.1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) по желанию Застрахованного без рекомендации лечащего врача.

13.1.4. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги получена (получены) не в период действия Договора (Полиса) страхования, кроме следующих случаев:

- госпитализации в стационар Застрахованного в период действия Договора (Полиса) страхования - до момента выписки из стационара;

- санаторно-курортного лечения Застрахованного, начавшегося в период действия Договора (Полиса) страхования - до момента окончания лечения;

- организации проезда Застрахованного, сопровождающего лица до места оказания Медицинской помощи и обратно; медико-транспортных услуг, связанных с транспортировкой Застрахованного из стационара – в течение 5 дней (если иной срок не согласован Страховщиком) после выписки из стационара или окончания лечения;

- репатриации Застрахованного либо его тела – до момента прибытия до ближайшей к месту постоянного проживания или гражданства Застрахованного Медицинской организации или до ближайшего транспортного узла прямого международного сообщения (областного/республиканского административного центра).

13.1.5. Требование Страховой выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, Договором (Полисом) страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.6. Страхователь сообщил Страховщику недостоверные и/или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска.

13.1.7. Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался внутренний распорядок, установленный Медицинской организацией.

13.1.8. Установлен факт передачи Полиса добровольного медицинского страхования Застрахованного другому лицу для получения им Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг.

13.1.9. Застрахованный отказывается Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его физическое и психическое здоровье, историю заболевания, диагноз и процесс лечения.

13.1.10. Медицинская и/или Аптечная и/или Иная организация и/или Застрахованный не предоставили Страхователю документы, необходимые для осуществления Страховой выплаты.

13.2. Решение об отказе в Страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации и/или Застрахованному, в зависимости от того, кто обратился за получением Страховой выплаты, в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 30 (Тридцати) рабочих дней после предоставления всех необходимых документов.

При несогласии с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

14. СТРАХОВАНИЕ В ВАЛЮТНОМ ЭКВИВАLENTE

14.1. В Договоре (Полисе) страхования Страховая сумма и Страховая премия могут быть установлены в валютном эквиваленте. При этом Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации по курсу иностранных валют Центрального банка Российской Федерации.

Федерации на день наступления Страхового случая. Уплата Страховой премии (взноса) производится в валюте Российской Федерации по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату платежа.

15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

15.1. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страховщик имеет право обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора (Полиса) страхования.

15.2. Страховщик не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

Моментом получения согласия на обработку персональных данных является предоставление Страхователем/Застрахованным своего согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» под обработкой персональных данных Страхователя - физического лица в рамках настоящих Правил понимаются следующие действия или совокупность действий (операций), включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

15.3. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены Договором (Полисом) страхования либо действующим законодательством Российской Федерации.

15.4. Положения настоящих Правил страхования, регулирующие обработку персональных данных, относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных, а также в случаях, когда Страхователь и Застрахованное лицо совпадают. В случаях, когда Страхователь и Застрахованное лицо не совпадают, Страхователь обязуется предоставить подписанные Застрахованными согласия на обработку персональных данных в течение пяти рабочих дней после запроса Страховщика, а в случае наложения на Страховщика санкций по причине не предоставления соответствующих согласий, возместить Страховщику все убытки, причиненные в результате не предоставления подписанных Застрахованными согласий на обработку персональных данных.

16. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

16.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора (Полиса) страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации

17. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

17.1. Все Субъекты, участвующие в добровольном медицинском страховании, освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, пандемии, объявление режима повышенной готовности, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств).

18. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ

18.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

18.2. При наличии разногласий между Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору (Полису) страхования до предъявления к Страховщику судебного иска, Застрахованный направляет Страховщику претензию, с приложенными к ней документами, обосновывающими заявленные требования.

Претензия Застрахованного подается или направляется в Офис, в котором заключался Договор (Полис) страхования, или в иной указанный Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования Офис, или посредством почтовой связи, или через Личный кабинет Застрахованного на Официальном сайте Страховщика (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Застрахованного.

Претензия Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 30 (Тридцати) дней со дня поступления.

18.3. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее - Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Застрахованный вправе направить обращение финансовому уполномоченному.

До направления финансовому уполномоченному обращения Застрахованному необходимо направить Страховщику заявление с приложенными к нему документами, обосновывающими заявленные требования, в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена на электронную почту Страховщика по стандартной форме, утвержденной Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (Ста восьмидесяти) дней;

- в течение 30 (Тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

19. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

19.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

19.2. По вопросам, не предусмотренным Договором страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулируемыми страховые отношения, и настоящими Правилами.

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

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

19.4. Все неурегулированные споры между субъектами добровольного медицинского страхования рассматриваются и разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию
(в % от страховой суммы)

№	Программа страхования	Тариф, %
1	МЕДИЦИНА ПЛЮС	0,65 %

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем расчете указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающую особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости. Обоснование факторов риска и размера применённых повышающих или понижающих коэффициентов производится Страховщиком при заключении договора страхования.

Страховщик вправе применить следующие повышающие или понижающие коэффициенты:

1. В зависимости от срока действия договора:

Срок действия договора в месяцах											
до 1-го	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Процент от общего годового размера страховой премии											
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

При этом неполный месяц принимается за полный.

При страховании на срок более 1 года тариф рассчитывается пропорционально по дням действия договора страхования.

2. Поправочные коэффициенты и коэффициенты риска:

№	Наименование коэффициента	Диапазон значений
1	Коэффициент риска, учитывающий предшествующую страховую историю	0,7-7,92
2	Коэффициент риска, применяемый при расширении/сокращении перечня исключений из страхового покрытия	0,5-5,0
3	Коэффициент риска, применяемый при установлении лимитов	0,5-1,0
4	Поправочный коэффициент, применяемый в зависимости от характеристик медицинских организаций, услуги которых предусмотрены договором, от количества услуг, которыми может воспользоваться Застрахованное лицо	0,5-5,4
5	Коэффициент риска, учитывающий производственные условия труда для работающих	0,7-4,0
6	Коэффициент риска, учитывающий наличие в договоре временной франшизы	0,85-1,0
7	Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события	0,5-5,0

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ _____ - _____ - _____

на добровольное медицинское страхование в ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Страхователь _____ (наименование юридического лица)
в лице _____ (наименование должности, Ф.И.О руководителя)
действующего на основании _____
Адрес _____
просит заключить договор коллективного добровольного медицинского страхования _____, (наименование юридического лица)
на условиях предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., по Программе (Программам) добровольного медицинского страхования «_____», «_____», ...
Срок страхования _____.

Численность: _____ (_____) человек(а). Список лиц, подлежащих страхованию (Приложение № 1) прилагается.
--

Дополнительные условия: Ответственное лицо – _____ (наименование должности, Ф.И.О)
--

Место заключения договора коллективного добровольного медицинского страхования:

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской и/или лекарственной помощи и/или иных услуг и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsмед.рф/>.

Руководитель предприятия

_____/_____
(подпись) (ФИО)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

Подтверждаю, что до заключения договора индивидуального добровольного медицинского страхования с Ключевым информационным документом об условиях договора добровольного медицинского страхования по программе «_____» ознакомлен. Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного медицинского страхования по программе «_____» мною получен.

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской и/или лекарственной помощи и/или иных услуг и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Страхователь _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

Приложение 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № _____

Застрахованный(ая): _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Место работы: _____

Срок действия: _____

Страховая сумма: _____

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: _____

Представитель Страховщика

(ФИО)

Застрахованный(ая)

С условиями страхования
согласен(сна), полис добровольного
медицинского страхования получил(а).
С исключением меня из списка
застрахованных в случае
увольнения согласен(сна).

(подпись)
М.П.

(подпись)

Приложение 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № _____

Застрахованный(ая): _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Срок действия: _____

Страховая сумма: _____

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: _____

Представитель Страховщика

(ФИО)

Застрахованный(ая)

С условиями страхования
согласен(сна), полис добровольного
медицинского страхования получил(а).

(подпись)
М.П.

(подпись)

Приложение 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР
коллективного добровольного медицинского страхования

_____ (наименование организации)

№ _____ - _____ - _____

г. _____

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,
именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице

(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____,

(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

Лицензии _____ от «__» _____ 20__ г., выданной _____,

(наименование органа, выдавшего лицензию)

и Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед»
от «__» _____ 20__ г. (в дальнейшем по тексту – Правила), с одной стороны, и

(наименование организации)

именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице

(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____,

(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

с другой стороны, при совместном упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны»,
заключили настоящий Договор коллективного добровольного медицинского страхования

(наименование Страхователя)

(в дальнейшем по тексту – Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным в предоставленные Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления на добровольное медицинское страхование № - - от «__» _____ 20__ г.

1.2. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного медицинского страхования «_____» и т.д., прилагаемой (прилагаемыми) к Договору страхования, и являющейся (являющимися) его неотъемлемой частью (Приложение № 1).

1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, оказывается (оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Перечне медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую

и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования (Приложение № 2). При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в других Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, имеющих договорные отношения со Страховщиком необходимо его письменное согласие, подтвержденное направлением.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования составляет _____ (_____) человек(а).

1.5. Страховщик выдает каждому Застрахованному через Страхователя в течение _____ рабочих дней после вступления Договора страхования в силу Полис добровольного медицинского страхования установленного образца.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, адреса места жительства, даты рождения, является Приложением № 1 к Заявлению Страхователя.

2. Объект страхования, Страховой случай.

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

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

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

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

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

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие

расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

2.2. Страховым случаем признается:

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

2.4. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

2.5. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1./Размер Страховой суммы по Договору страхования составляет _____ рублей (_____ рублей _____ копеек), в том числе: по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » _____ рублей (_____ рублей _____ копеек), по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » _____ рублей (_____ рублей _____ копеек), ...

/Размер Страховой суммы по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » составляет _____ рублей (_____ рублей _____ копеек).

Договором страхования предусматривается (коллективный или индивидуальный) Лимит ответственности по _____ .
(основание)

Лимит ответственности Страховщика _____ .

Договором страхования предусматривается (условная, безусловная, временная) Франшиза _____ .
(основание, размер)

3.2. Страховой тариф, согласно оговоренным в п.1.2. условиям Договора страхования, составляет по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » _____ % от Страховой суммы; по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » _____ % от Страховой суммы; ...

3.3. Размер Страховой премии (взноса) по Договору страхования составляет _____ рублей (_____ рублей _____ копеек).

3.4. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается:

/путем перечисления на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/путем внесения наличных средств в кассу Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

3.5. Оплата Страховой премии (взноса) производится:

/единовременным платежом в течение _____ банковских дней с момента подписания Договора страхования;

/единовременным платежом в срок по « _____ » _____ Г;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в срок по _____ ;

2-ой Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в срок по _____ ; и т.д.

4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается сроком на _____ .

4.2. Договор страхования вступает в силу:

/с момента подписания;

/со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/со дня поступления первого Страхового взноса на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/с «__» _____ 20__ г. и т.д.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

5.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

в) при коллективном страховании в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширять (уменьшать) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.3., п. 10.4. Правил страхования, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) расширять (уменьшать) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повышать (уменьшать) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

д) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

е) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

5.1.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования, а также иную информацию, связанную с Договором страхования;

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые

могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) предоставлять по запросу Страховщика согласие на обработку персональных данных (в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором (Полисом) страхования;

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

и) обеспечить надлежащее хранение Застрахованными Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

й) обеспечить соблюдение Застрахованными предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдение распорядка, установленного Медицинской организацией;

к) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

5.2. Права и обязанности Страховщика.

5.2.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил страхования;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством и Правилами страхования;

е) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования;

ж) не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

5.2.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления

Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

д) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12 Правил страхования;

е) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

ё) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

5.3. В случае расширения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них Страховую премию (взнос) за период с момента включения в список Застрахованных до момента окончания периода страхования, пропорционально не истекшему сроку действия основного Договора страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их письменного согласия) Договор страхования в отношении этих лиц прекращает свое действие, уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. В случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в список Застрахованных. Замена Страхователем Застрахованного, указанного в Договоре страхования, другим лицом, может быть произведена только с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

Полисы добровольного медицинского страхования лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным выдается Полис добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных Договором страхования.

6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных Правилами.

6.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.3. /При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату.

/При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования, возврат неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом

6.4. Договор страхования прекращает действие по истечении _____ (_____) дней с даты направления Страховщиком уведомления, при неуплате Страхователем очередного

Страхового взноса или уплате Страховой премии не в полном объеме, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и Правилами.

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

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

7.4. Все неурегулированные споры между субъектами добровольного медицинского страхования рассматриваются и разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Все Стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании, освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, пандемии, объявление режима повышенной готовности, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств).

9. Иные условия.

9.1. Договор страхования составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.2. К Договору страхования прилагаются Приложения № 1-2, Заявление на добровольное медицинское страхование, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования, в том числе в Приложениях к нему, имеют юридическую силу при условии оформления их в письменном виде, подписания уполномоченными представителями и скрепления печатями Сторон.

10. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

10.1. СТРАХОВЩИК: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

Страховщик

Страхователь

Настоящим Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов персональных данных (Застрахованных лиц) на передачу их персональных данных Страховщику для заключения и исполнения договора страхования.

_____/_____/_____
 М.П. (расшифровка подписи)

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

 (наименование организации)

 (должность уполномоченного лица)

 (должность уполномоченного лица)

_____/_____/_____
 М.П. (расшифровка подписи)

_____/_____/_____
 М.П. (расшифровка подписи)

Приложение 7
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР № _____ - _____ - _____
индивидуального добровольного медицинского страхования

г. _____ «__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,
именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____,
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

Лицензии _____ от «__» _____ 20__ г., выданной _____,
(наименование органа, выдавшего лицензию)

и Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__»
_____ 20__ г. (в дальнейшем по тексту – Правила), с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество)

именуемый (именуемая) в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, при совместном
упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор
индивидуального добровольного медицинского страхования (в дальнейшем по тексту –
Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации
Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых)
лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным в предоставленные
Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления о добровольном
медицинском страховании № --- от «__» _____ 20__ г.

1.2. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой
(оказываемых) Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного
медицинского страхования «_____», и т.д., прилагаемой
(прилагаемыми) к Договору страхования и являющейся (являющимися) его неотъемлемой
частью (Приложение № ____).

Порядок оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг
определяется категорией полиса добровольного медицинского страхования
_____ и режимом обслуживания «_____».

1.3. /Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы
(Программ) добровольного медицинского страхования по Договору страхования оказывается
(оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях,
указанных в Перечне медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих
медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам
добровольного медицинского страхования (Приложение № ____).

/Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы
(Программ) добровольного медицинского страхования по Договору страхования оказывается
(оказываются) в Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации (Медицинских и/или
Аптечных и/или Иных организациях): _____, по
адресу: _____ и т.д.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования составляет ___ (_____) человек(а).

1.5. Страховщик выдает каждому Застрахованному через Страхователя после заключения Договора страхования Полис добровольного медицинского страхования установленного образца.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, адреса места жительства, даты рождения, указывается в Заявлении Страхователя.

2. Объект страхования, Страховой случай.

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

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

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

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

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

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

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

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

2.2. Страховым случаем признается:

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

2.4. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

2.5. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1. /Размер Страховой суммы на одного Застрахованного по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) и т.д.

/ Размер Страховой суммы: на Застрахованного _____
(фамилия, имя, отчество)
по Программе добровольного медицинского страхования «_____»
составляет _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) и т.д.; на
Застрахованного _____ по Программе добровольного
(фамилия, имя, отчество)
медицинского страхования «_____» составляет _____
рублей (_____ рублей _____ копеек) и т.д.

Общая Страховая сумма по Договору страхования составляет _____
рублей (_____ рублей _____ копеек).

Договором страхования предусматривается Лимит ответственности по

(основание)

Лимит ответственности Страховщика _____.
Договором страхования предусматривается (условная, безусловная, временная) Франшиза

(основание, размер)

3.2. Страховой тариф по Программе добровольного медицинского страхования
«_____» составляет _____% и т.д.

Общая Страховая премия (взнос) составляет _____ рублей
(_____ рублей _____ копеек).

3.3. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается:
/путем перечисления на расчетный счет Страховщика или уполномоченного
представителя Страховщика;

/путем внесения наличных средств в кассу Страховщика или уполномоченного
представителя Страховщика.

3.4. Оплата Страховой премии (взноса) производится:

/единовременно;

/единовременно в срок по «__» _____ 20__ г.;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в
срок по _____;

2-ой Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в
срок по _____; и т.д.

4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается на срок _____.

4.2. Договор страхования вступает в силу:

/с момента подписания;

/со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика
или уполномоченного представителя Страховщика;

/со дня поступления первого Страхового взноса на расчетный счет (в кассу) Страховщика
или уполномоченного представителя Страховщика;

/с «__» _____ 20__ г. и т.д.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

5.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

в) при коллективном страховании в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширять (уменьшать) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.3., п. 10.4. Правил страхования, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) расширять (уменьшать) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повышать (уменьшать) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

д) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

е) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

5.1.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования, а также иную информацию, связанную с Договором страхования;

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцев;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) предоставлять по запросу Страховщика согласие на обработку персональных данных (в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором (Полисом) страхования;

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

и) обеспечить надлежащее хранение Застрахованными Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

й) обеспечить соблюдение Застрахованными предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдение распорядка, установленного Медицинской организацией;

к) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

5.2. Права и обязанности Страховщика.

5.2.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил страхования;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством и Правилами страхования;

е) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования;

ж) не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

5.2.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) ознакомить Страхователя с Ключевым информационным документом об условиях договора добровольного медицинского страхования, а также с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем

направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснить положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

е) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12 Правил страхования;

ё) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

ж) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

5.3. В случае расширения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них Страховую премию (взнос) за период с момента включения в список Застрахованных до момента окончания периода страхования, пропорционально не истекшему сроку действия основного Договора страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их письменного согласия) Договор страхования в отношении этих лиц прекращает свое действие, уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. В случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в список Застрахованных. Замена Страхователем Застрахованного, указанного в Договоре страхования, другим лицом, может быть произведена только с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

Полисы добровольного медицинского страхования лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным выдается Полис добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных Договором страхования.

6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных Правилами.

6.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.3. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме, при отказе от Договора (Полиса) страхования до даты начала действия страхования;

- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, при отказе от Договора (Полиса) страхования после даты начала действия страхования.

При наличии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, а также суммы выплаты.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования после 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения:

/уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату;

/возврат неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом _____.

6.4. Договор страхования прекращается при отказе Страхователя от добровольного страхования в случае не предоставления страховщиком Ключевого информационного документа об условиях договора добровольного страхования, предоставления его неполной или недостоверной информации.

Срок возврата Страховой премии не должен превышать 7 (Семь) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от добровольного страхования.

6.5. Договор страхования прекращает действие по истечении _____ (_____) дней с даты направления Страховщиком уведомления, при неуплате Страхователем очередного Страхового взноса или уплате Страховой премии не в полном объеме, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и Правилами.

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

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

7.4. Все неурегулированные споры между субъектами добровольного медицинского страхования рассматриваются и разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Все Стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании, освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е.

чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, пандемии, объявление режима повышенной готовности, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств).

9. Иные условия Договора страхования.

9.1. Договор страхования составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.2. К Договору страхования прилагаются Приложения № 1-__, Заявление на добровольное медицинское страхование, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в письменной форме путем заключения дополнительных соглашений, которые становятся неотъемлемыми его частями.

10. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

10.1. СТРАХОВЩИК:

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед».

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(фамилия, имя, отчество)

Паспортные данные: Паспорт _____, серия: _____, номер: _____.

выдан: _____, «___» _____ г.

Адрес: _____

Телефон: _____.

СТРАХОВЩИК

(подпись) / (расшифровка подписи)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись) / (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования
«МЕДИЦИНА ПЛЮС»

Программа добровольного медицинского страхования «МЕДИЦИНА ПЛЮС» включает услуги, связанные с предоставлением амбулаторной помощи, стационарной помощи, стоматологической помощи и реабилитационно-восстановительного лечения.

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, Медико-транспортными и Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь и реабилитационно-восстановительное лечение, а также Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1.1. Объем предоставляемой амбулаторной помощи в рамках Программы:

- Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям: кардиология; ревматология; гематология; гастроэнтерология; пульмонология; эндокринология; неврология; педиатрия; терапия; общая врачебная практика (семейная медицина); инфекционные болезни; травматология и ортопедия; урология; нефрология; хирургия; эндоскопия; торакальная хирургия; кардиохирургия; сосудистая хирургия; онкология; колопроктология; гинекология; отоларингология; офтальмология; дерматология; аллергология и иммунология; андрология; диетология; физиотерапия; рефлексотерапия; мануальная терапия; лечебная физкультура.
- Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): клинические; биохимические; бактериологические; цитологические; гистологические; иммунологические; аллергологические; серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации); гормональные; исследования проводимые методом ПЦР.
- Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям): ультразвуковые; функциональные; эндоскопические; лучевые; тепловизионные.
- Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям): физиотерапевтические методы лечения; традиционные методы лечения и диагностики; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура; гирудотерапия; иглорефлексотерапия.
- Страховщик также организует застрахованным медицинскую помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.3. Объем предоставляемой стационарной помощи в рамках Программы:

- Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях: аллергологическое; дерматологическое; урологическое; нефрологическое; травматологии и ортопедии; хирургическое; эндоскопическое; гнойная хирургия; сосудистой хирургии; торакальная хирургия; челюстно-лицевая хирургия; нейрохирургия; кардиологическое; гинекологическое; офтальмологическое; неврологическое; ревматологическое; гематологическое; эндокринологическое; гастроэнтерологическое; терапевтическое;

педиатрическое; пульмонологическое; отоларингологическое; проктологическое; физиотерапевтическое; инфекционное; анестезиология и реанимация; реанимации – интенсивной терапии.

- Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): клинические; биохимические; бактериологические; цитологические; гистологические; иммунологические; аллергологические; серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации); гормональные.

- Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям): ультразвуковые; функциональные; эндоскопические; лучевые; тепловизионные.

- Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям): физиотерапевтические методы лечения; традиционные методы лечения и диагностики; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура; гирудотерапия; иглорефлексотерапия.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в медицинских организациях, указанных в договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если застрахованный госпитализирован в медицинскую организацию, не указанную в договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

1.4. Объем предоставляемой стоматологической помощи в рамках Программы:

– стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

- Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

- Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, снятие зубных отложений).

- Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям;

- Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.

- Физиотерапевтическое лечение, проводимое по медицинским показаниям.

- Лечение заболеваний пародонта, проводимое по медицинским показаниям.

- Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

- Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

1.5. Реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих медицинских организациях: санаториях; санаториях-профилакториях; водо- и грязелечебницах; больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения; физкультурных диспансерах; реабилитационных центрах; физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций.

Объем предоставляемой медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»: физиотерапевтические методы лечения; традиционные методы лечения; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура; лечебное плавание; фитотерапия; гирудотерапия; иглорефлексотерапия; лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение); лечебные процедуры и манипуляции; диетотерапия.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, в том числе отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»; замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям; реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами; зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев указанных выше).

скреплено печатью
61 (Шестьдесят один) лист

Генеральный директор
ООО «СК «АК БАРС – Мед»

Б.С. Давлетшин:

