



Закрывое акционерное общество
«УралСиб» от 02.12.2013 №223

УТВЕРЖДЕНО
приказом Генерального директора

ЗАО «Страховая группа «УралСиб» «Страховая группа

Регистрационный номер: 016

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГРАЖДАН**

Москва, 2013 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	2
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	3
3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	3
4. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОНЯТИЕ И ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ	4
5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА	5
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ	6
7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	6
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	7
9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ	8
СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	8
10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ	10
11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	11

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила добровольного медицинского страхования (в дальнейшем – Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Закрытым акционерным обществом «Страховая группа «УралСиб» (в дальнейшем – Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования граждан (в дальнейшем – Договоры страхования) с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями, организациями любых организационно-правовых форм), дееспособными физическими лицами (в дальнейшем – Страхователи).

«Страховщик» - Закрытое акционерное общество «Страховая группа «УралСиб», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензии для осуществления страховой деятельности в установленном Законом порядке.

«Страхователь» – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком.

«Застрахованное лицо» – названное в договоре страхования физическое лицо, о страховании которого заключен договор страхования.

«Страховая сумма» - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

«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 в соответствии с условиями страхования.

«Страховая премия» – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

«Страховой взнос» – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

«Страховой случай» – свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

«Медицинские учреждения» - организации и лица, осуществляющие в установленном порядке оказание и (или) организацию медицинской помощи (в том числе лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, санаторно-курортные учреждения, сервисные и ассистанские компании).

«Аптечная организация» - предусмотренные договором страхования организация или структурное подразделение медицинского учреждения, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского

применения в соответствии с требованиями действующего законодательства об обращении лекарственных средств (далее по тексту - «аптека»).

«Медикаментозные средства» – лекарственные средства, изделия медицинского назначения и косметические средства, назначенные врачом медицинского учреждения, предусмотренного программой добровольного медицинского страхования в порядке, соответствующем требованиям действующего законодательства.

«Лекарственная помощь»- предоставление аптекой медикаментозных средств Застрахованному лицу, назначенных ему лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного договором страхования и программой страхования в связи с событием, предусмотренным п. 3.1.1. настоящих Правил страхования.

«Договор коллективного медицинского страхования» - договор страхования, по которому застраховано два или более лиц.

«Договор индивидуального медицинского страхования» - договор страхования, по которому застраховано одно лицо.

1.2. Денежные обязательства сторон по договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) выражаются в рублях, если договором не установлено иное. Договором может быть предусмотрена оплата обязательств в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая оплате в рублях сумма определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации соответствующей валюты на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены договором.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является (с учетом ограничений и исключений, установленных п. 3.3 и п.3.4. настоящих Правил страхования):

3.1.1. обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение в целях получения медицинской помощи в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования (медицинская помощь),

3.1.2. назначение медикаментозных средств Застрахованному лицу лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования и программой страхования в связи с событием, предусмотренным п. 3.1.1. настоящих Правил страхования (лекарственная помощь).

3.2. Организуемые и оплачиваемые Страховщиком медицинские услуги оказываются в целях диагностики, профилактики, лечения заболеваний или реабилитации и предоставляются медицинскими учреждениями, которые указаны в Договоре (программе) добровольного медицинского страхования.

3.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение с целью получения медицинской и (или) лекарственной помощи Застрахованному лицу, связанные с:

травматическим повреждением, либо отравлением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, если иное не предусмотрено Договором страхования;

получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

□ воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками (если иное не предусмотрено Договором страхования).

3.4. Не является страховым случаем получение медицинской и (или) лекарственной помощи: □ на основании страхового полиса или индивидуальной карточки не Застрахованным лицом, а также, если виды оказанной медицинской и (или) лекарственной помощи не предусмотрены программой добровольного медицинского страхования;

□ по окончании срока действия Договора, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем 30 календарных дней госпитализации после окончания срока действия Договора, если иное не предусмотрено Договором.

Договором страхования могут быть установлены и иные основания признания обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение или назначения медикаментозных средств не страховым случаем.

4. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОНЯТИЕ И ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ

4.1. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении страхового случая организовать и (или) оплатить предоставление Застрахованному лицу предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в пределах определенной Договором страхования суммы (страховой суммы) медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

4.2. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, в котором Страхователь сообщает Страховщику обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (страховом полисе), письменном заявлении или в дополнительном письменном запросе.

4.3. Для заключения Договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо предоставляет следующие документы Страховщику:

4.3.1. Заявление о добровольном медицинском страховании для юридических (физических) лиц;

4.3.2. Список Застрахованных лиц;

4.3.3. Карточку организации (для юридических лиц), содержащую следующую информацию: полное наименование юридического лица, сведения о его организационно-правовой форме, юридический адрес и адрес местонахождения, государственный регистрационный номер и место регистрации, ФИО генерального директора и главного бухгалтера (с указанием их рабочих телефонных номеров, электронного адреса, номера доверенностей), банковские реквизиты юридического лица (наименование коммерческого банка, номера расчетного и корреспондентского счетов, ИНН, БИК коммерческого банка);

4.3.4. Копию доверенности подписанта (если лицо, подписывающее документы для заключения Договора страхования, не обладает полномочиями на подписание Договора страхования на основании Устава юридического лица).

4.4. При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя заполнения анкеты Страхователя, а от Застрахованного лица - заполнения медицинских анкет или прохождения медицинского освидетельствования для оценки состояния их здоровья и степени страхового риска. В случае отказа Страхователя / Застрахованного лица от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования, Договор страхования может быть заключен только на условиях, применяемых для обстоятельств наибольшего страхового риска.

4.5. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (Договора добровольного медицинского страхования), подписанного сторонами (Приложение № 1), либо вручения Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение № 2).

4.6. При заключении индивидуального Договора страхования вместе со страховым полисом Застрахованному лицу также могут выдаваться индивидуальные карточки, подтверждающие право Застрахованного лица на получение медицинской и лекарственной помощи, в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором добровольного медицинского страхования.

При заключении коллективного Договора страхования путем составления одного документа (Договора добровольного медицинского страхования) каждому Застрахованному лицу, в отношении которого заключен данный Договор, могут выдаваться страховые медицинские полисы (Приложение № 3) или индивидуальные карточки, удостоверяющие право Застрахованного лица на получение медицинской и лекарственной помощи, в соответствии с условиями заключенного Договора добровольного медицинского страхования.

4.7. Договор страхования должен включать программу добровольного медицинского страхования, содержащую перечень видов медицинской и лекарственной помощи, организуемых и оплачиваемых по Договору страхования, и перечень медицинских учреждений и аптек, оказывающих эти услуги.

4.8. Типовая форма, структура и содержание программы добровольного медицинского страхования приведены в Приложении № 4. Программа добровольного медицинского страхования может иметь наименование, отражающее ее медицинскую направленность, целевой клиентский сегмент, для которого она предназначена или иное наименование исходя из маркетинговых оснований.

4.9. Формирование программы добровольного медицинского страхования по Договору страхования осуществляется Страховщиком исходя из условий, определенных медицинскими учреждениями и (или) аптеками и пожеланиями Страхователя на основании типового состава видов медицинской и лекарственной помощи, которые могут быть включены в программу добровольного медицинского страхования и приведены в Приложении № 5.

Программа добровольного медицинского страхования может содержать как один из видов медицинской помощи, так и любую их комбинацию. Состав медицинской и лекарственной помощи для конкретных программ может быть сокращен или дополнен. В этих целях Страховщик может использовать действующие в Российской Федерации классификаторы простых и сложных медицинских услуг, международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, классификатор медицинских специальностей, иные классификаторы.

4.10. В программу добровольного медицинского страхования могут быть включены дополнительные (сервисные и иные) услуги с указанием их состава и объема.

4.11. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик вправе достичь соглашения об исключении отдельных положений настоящих Правил из текста Договора страхования и (или) его дополнении положениями, не изложенными в тексте настоящих Правил, если такие исключения и (или) дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

5.1. Страховой суммой по Договору добровольного медицинского страхования является максимальный размер страховых выплат по Договору страхования, определяемый исходя из состава и стоимости медицинской и лекарственной помощи, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования. Страховая сумма по Договору страхования и способ ее определения определяется сторонами при заключении Договора страхования. Страховая сумма может быть установлена по Договору страхования, по программе добровольного медицинского страхования или видам медицинской и лекарственной помощи.

5.2. Договором страхования может быть предусмотрено установление франшизы. Под франшизой понимается определенная Договором страхования часть убытков, которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза может устанавливаться в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.3. В пределах страховой суммы Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности, ограничивающие сумму страховой выплаты по Договору страхования в целом, по программам медицинского страхования и видам медицинской и (или) лекарственной помощи.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ

6.1. Размер страховой премии устанавливается Договором страхования в зависимости от размера страховой суммы и страхового тарифа, определяемого с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

6.2. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

Днем уплаты премии считается день поступления средств в кассу или на расчетный счет Страховщика, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Порядок уплаты страховой премии определяется в Договоре страхования.

6.3. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

6.4. Неуплата Страхователем всей суммы страховой премии или страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, установленный Договором страхования, означает для сторон Договора страхования выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от Договора страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты страховой премии или страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку). Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ стороны договорились, что отдельное соглашение о расторжении Договора страхования в данном случае сторонами не составляется и не подписывается. В этом случае письменного уведомления об одностороннем отказе от Договора страхования не требуется, а уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

Договором страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

6.5. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

7.2. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

7.3. Обязательства Страховщика в части страховой выплаты распространяются на страховые случаи, произошедшие в течение срока действия Договора страхования при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в срок, установленный Договором страхования.

7.4. Договором страхования могут быть установлены более поздние сроки начала оказания отдельных видов медицинской или лекарственной помощи (период ожидания).

7.5. Договор страхования прекращается в случаях:

а. истечения срока действия;

б. исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (в том числе в случаях оказания медицинской и (или) лекарственной помощи, стоимость которых равна страховой сумме);

в. неуплаты Страхователем страховой премии в установленные Договором страхования сроки;

г. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

д. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику в сроки, указанные в Договоре страхования, индивидуальные карточки и страховые медицинские полисы, действие которых прекращается с даты досрочного прекращения Договора страхования.

7.6. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по Договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

7.7. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и

существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Договор страхования прекращает действовать со дня прекращения существования страхового риска. При этом Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.8. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Досрочно отказаться от договора страхования Страхователь может путем подачи Страховщику соответствующего заявления или путем неуплаты очередного страхового взноса. При досрочном отказе от договора страхования путем подачи Страхователем заявления, договор страхования прекращается с даты, указанной им в своем заявлении, но не ранее получения заявления Страховщиком. При досрочном отказе от договора страхования путем неуплаты очередного страхового взноса, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен в указанный срок.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- б) вручить Страхователю страховые медицинские полисы или индивидуальные карточки в срок, указанный в Договоре страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное;
- в) обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской и лекарственной помощи, определенных Договором страхования.

Если медицинское учреждение не выполнило своих обязательств по объему и качеству оказания медицинской помощи, по согласованию с Застрахованным лицом ему предоставляется медицинская помощь в другом медицинском учреждении;

- г) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице);
- д) осуществлять контроль за медицинским обслуживанием Застрахованных лиц.

8.2. Страховщик имеет право:

- а) проверять представленную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий Договора;
- б) прекратить оказание медицинской и (или) лекарственной помощи (отказать в оплате медицинских услуг, медикаментозных средств) Застрахованному лицу в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования;
- в) досрочно расторгнуть Договор страхования при существенном нарушении Страхователем условий

Договора страхования, в порядке, предусмотренном действующим законодательством;

- г) потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного Договора в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной абзацем «в», п. 8.3 настоящих Правил.

- д) запросить у Страхователя предоставления заверенных копий письменного согласия (письменных согласий) на обработку персональных данных Застрахованного лица (Застрахованных лиц).

8.3. Страхователь обязан:

- а) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска и заключения Договора страхования;
- б) своевременно уплатить страховую премию;
- в) в период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении

Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

- г) при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, незамедлительно уведомить о его наступлении Страховщика.

- д) при заключении Договора страхования ознакомить Застрахованного лица с его обязанностями по Договору.

8.4. Страхователь имеет право:

а) изменять список Застрахованных лиц.

В случае расширения списка Страхователь предоставляет Страховщику все необходимые ему сведения о новых Застрахованных лицах и уплачивает за них страховую премию за период с даты их включения в список Застрахованных лиц до даты окончания срока действия Договора страхования. При этом страховые взносы за неполный месяц уплачиваются как за полный (если Договором не предусмотрено иное). Страховщик может выдавать Страхователю страховые медицинские полисы или индивидуальные карточки на вновь Застрахованных лиц.

Если Договором не предусмотрено иное, в случае уменьшения численности Застрахованных лиц, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за каждое Застрахованное лицо, исключенное из списка, пропорционально неистекшему периоду действия Договора с учетом произведенных выплат на каждое открепленное Застрахованное лицо или учитывает эту сумму при дальнейших расчетах на основании письменного уведомления Страхователя.

б) в течение срока действия Договора страхования расширить перечень медицинской и (или) лекарственной помощи, предусмотренной Договором страхования, или увеличить страховую сумму, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к Договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии, если Договором не предусмотрено иное.

в) заменять Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных лиц с письменного согласия заменяемых Застрахованных лиц. В этом случае Страховщику представляются все необходимые ему сведения об исключаемых из списка Застрахованных лицах и включаемых в него. В случае увеличения степени риска Страхователь должен уплатить дополнительную премию по требованию Страховщика.

Все изменения и дополнения Договора страхования оформляются в письменной форме и подписываются обеими сторонами.

8.5. Права и обязанности Застрахованных лиц по Договору страхования.

8.5.1. Застрахованное лицо имеет право:

а) получать медицинскую помощь в медицинских учреждениях в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;

б) получать медикаментозные средства в аптеках в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;

в) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования.

8.5.2. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать предписания лечащего врача и внутренний распорядок медицинского учреждения;

б) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской и (или) лекарственной помощи.

8.6. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права и обязанности сторон.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Для получения услуг по Договору страхования при наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается:

а) в медицинские учреждения и аптеку согласно программе добровольного медицинского страхования или к Страховщику в порядке, указанном в Договоре страхования (страховом полисе). При обращении в медицинские учреждения и аптеки Застрахованное лицо предъявляет полис или индивидуальную карточку, а также паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

9.2. Медицинские учреждения и аптеки в соответствии с Договором, заключенным Страховщиком, оказывают услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования и условиями Договора страхования.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в медицинских учреждениях, определенных Договором страхования, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

9.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью оказанных Застрахованному лицу услуг медицинской и лекарственной помощи и не может превышать страховой суммы.

9.5. Оплата оказанной помощи производится по ценам, согласованным между Страховщиком, медицинскими учреждениями и аптеками.

9.6. Страховые выплаты осуществляются в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинским учреждениям стоимости медицинской помощи, оказанной

Застрахованному лицу в соответствии с программой добровольного медицинского страхования;

- возмещения аптеке стоимости медикаментозных средств, предоставленных

Застрахованному лицу в соответствии с программой добровольного медицинского страхования;

- возмещения расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

9.7. Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими учреждениями и аптеками, производится Страховщиком в порядке и на условиях, установленных Договором между этими организациями и Страховщиком.

9.8. В случаях обращения Застрахованного лица к Страховщику за выплатой страхового возмещения за оплаченные им медицинские услуги /приобретенные лекарственные средства оценка размера убытка, принятие решения о страховой выплате и осуществление страховой выплаты производится Страховщиком на основании следующих документов, предоставленных Застрахованным лицом Страховщику в обязательном порядке:

9.8.1. оригинала заявления от имени Застрахованного лица (указанное заявление может быть написано Застрахованным лицом, его законным представителем при наличии документов, подтверждающих его статус законного представителя Застрахованного лица, а также его представителем, действующим на основании надлежащим образом оформленной доверенности);

9.8.2. документов, содержащих полные банковские реквизиты Застрахованного лица, за достоверность которых несет ответственность исключительно Застрахованное лицо;

9.8.3. оригинала выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного с указанием даты, обстоятельств травмы, полного диагноза, периода лечения, описания рентген-снимка;

9.8.4. копии паспорта Застрахованного лица (страниц с ФИО, фото, указанием места постоянной регистрации);

9.8.5. платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских услуг / приобретенных медикаментозных средств;

9.8.6. копии страхового полиса, квитанция об оплате страховой премии (страховых взносов);

9.8.7. копии документов подтверждающих статус законного представителя Застрахованного лица;

9.8.8. копии паспорта представителя Застрахованного лица;

9.8.9. копии надлежащим образом оформленной доверенности представителя Застрахованного лица;

9.8. 10.копии свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц).

Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба для него известны или очевидны.

Если представленные Страхователем (Выгодоприобретателем) документы не позволяют установить факт наступления страхового случая, форму и степень тяжести расстройства здоровья Застрахованного лица, права юридического или физического лица на получение страховой выплаты, то Страховщик вправе предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) дополнительно предоставить недостающие необходимые документы.

Возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, осуществляются только в случаях, специально предусмотренных Договором страхования, или по предварительному согласованию со Страховщиком.

9.9. Расчет сумм страховых выплат может осуществляться на основании следующих методов:

- за отдельные услуги;
- за число койко-дней при стационарном и стационарозамещающем лечении;
- по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое в течение определенного периода времени;

- за отдельные медикаментозные средства;
- иные методы, предложенные медицинским учреждением или аптекой и согласованные Страховщиком.

9.10. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п. 9.8.

Страховщик производит страховую выплату на банковские реквизиты, указанные Застрахованным лицом в заявлении на получение страховой выплаты, либо направляет отказ в страховой выплате в течение 10 банковских дней с момента принятия соответствующего решения касательно осуществления страховой выплаты.

9.11. Основаниями для отказа в страховой выплате являются:

а) наступление события, не являющегося страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами (п.3.3 и п.3.4 Правил) и договором страхования;

б) наличие предусмотренных действующим законодательством оснований для отказа Страховщика от страховой выплаты.

9.12. Страховщик вправе отказать в оплате медицинской помощи по повторному выполнению исследований для плановой госпитализации, несостоявшейся по вине или инициативе Застрахованного лица, а также в оплате каких-либо услуг, необоснованно оказанных повторно.

9.13. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций медицинского персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных медицинским учреждением, медицинское учреждение вправе прекратить обслуживание Застрахованного лица или выписать из стационара, сделав соответствующую отметку в листе нетрудоспособности.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Страховщик является оператором, осуществляющим обработку персональных данных.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. осуществлять обработку персональных данных в целях продвижения услуг Страховщика на рынке и распространения рекламы о продуктах и услугах путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, включая телефон и интернет;

10.2.2. поручать обработку персональных данных третьим лицам, которые указаны (наименование или фамилия, имя, отчество и адрес) в тексте документов, оформляемых в процессе заключения и исполнения Договора страхования, или на официальном сайте Страховщика (страховым агентам и брокерам, банкам, поставщикам программного обеспечения или услуг по аренде ИТ - инфраструктуры и т.п.).

10.3. Под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

10.4. Документами, оформляемыми в процессе заключения и исполнения Договора страхования (заявлениями на страхование и приложениях к нему, анкетах, расчетных документах и т.п.), определяется перечень персональных данных, обработку которых Страховщик вправе поручить третьими лицам.

10.5. Срок обработки персональных данных включает срок действия Договора страхования, период исполнения обязательств по Договору страхования, срок исковой давности по требованиям, вытекающим из Договора страхования, период, необходимый для осуществления и выполнения Страховщиком возложенных на него законодательством Российской Федерации функций, полномочий и обязанностей.

10.6. Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных может быть отозвано посредством составления письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под роспись представителю Страховщика. Отзыв должен содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта

персональных данных в отношениях с оператором (номер Договора, дата заключения Договора), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором, подпись субъекта персональных данных или его представителя.

10.7. Подписанием заявления на страхование и/или Договора страхования (страхового полиса), иного документа, используемого при заключении и исполнении Договора страхования, и/или принятием Договора страхования (страхового полиса) Страхователь (его представитель) подтверждает:

10.7.1. свое согласие (согласие Выгодоприобретателей, иных лиц, представителем которых является Страхователь) на обработку персональных данных на условиях, предусмотренных настоящим разделом, в том числе персональных данных о состоянии здоровья и сведений, составляющих врачебную тайну;

10.7.2. свое согласие (согласие Застрахованных лиц, представителем которых является Страхователь) на получение Страховщиком и указанными в настоящей согласии третьими лицами персональных данных о состоянии здоровья и сведений, составляющих врачебную тайну, от медицинских и лечебно-профилактических организаций, медицинских и фармацевтических работников, которые участвуют в проверке качества, обоснованности и объемов оказанных медицинских услуг, в обследовании и лечении, профилактике, реабилитации и репатриации;

10.7.3. что электронные и бумажные документы, получаемые/передаваемые при заключении и исполнении Договора страхования и подписанные от имени Страховщика путем факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, признаются равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью;

10.7.4. что электронные документы, получаемые/передаваемые при заключении и исполнении Договора страхования в электронной форме, подписанные простой электронной подписью или неквалифицированной электронной подписью, признаются равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью;

10.7.5. что ответственность за соблюдение конфиденциальности ключа простой электронной подписи несет лицо, создающее и (или) использующее ключ простой электронной подписи. При использовании Интернет – сервисов (в т.ч. почтовых сервисов), сервисов почтовых корпоративных систем ключом простой электронной подписи является логин и пароль персональной учетной записи пользователя, предоставленной для работы в Интернет – сервисе. Лицо, подписавшее электронный документ простой электронной подписью, определяется на основании имени электронного почтового ящика, указанного в документах, используемых при заключении и исполнении Договора страхования (заявление на страхование, Договор страхования или пр.). Проверка неквалифицированной электронной подписи осуществляется согласно локальным нормативным актам Страховщика, размещенным на официальном сайте Страховщика;

10.7.6. что обладает законными правами на представительство от имени Застрахованных лиц, в том числе дать согласие на обработку персональных данных от имени Выгодоприобретателя, Страхователя или иных лиц, представителем которых является при заключении и/или исполнении Договора страхования.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Все споры по Договорам страхования, заключенным в рамках настоящих Правил, до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 дней со дня ее получения.

11.2. Иск может быть предъявлен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии либо неполучения ответа на претензию в тридцатидневный срок.