

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ГЕОПОЛИС»**

Утверждены приказом генерального
директора от 06.05.2019 № 29
ООО СО «Геополис» В.И. Чхаидзе

ООО СО «ГЕОПОЛИС»
Лицензия Центрального Банка
Российской Федерации
СЛ № 2397 от 04.04.2019 г.

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №2
(редакция от 06.05.2019)**

1. Общие положения;
2. Субъекты страхования;
3. Объект страхования;
4. Страховой случай. Страховые риски;
5. Исключения из страхового покрытия;
6. Страховая сумма. Размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов);
7. Срок действия договора страхования;
8. Заключение договора страхования. Вступление договора в силу;
9. Права и обязанности сторон;
10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты;
11. Отказ в страховой выплате;
12. Прекращение действия договора страхования;
13. Порядок разрешения споров;
14. Приложения.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) Общество с ограниченной ответственностью Страхование общество «Геополис» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования, на условиях которых Застрахованному гарантируется организация и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью Страхование общество «Геополис», юридическое лицо, созданное и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью Лицензией.

Сайт Страховщика - официальный сайт СО «Геополис» в информационно-коммуникационной сети Интернет по адресу: <http://www.geopolis-ins.ru/>.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованное лицо (Застрахованный) - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Страховая сумма - определенная договором страхования максимальная денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату (оплатить оказанные медицинские услуги, исходя из условий договора страхования), из страховой суммы определяется размер страховой премии (страхового взноса).

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования. Часть страховой премии либо полностью страховая премия, уплачиваемая Страхователем, являются страховым взносом.

Страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы.

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

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Договор страхования (полис) - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать (выплатить страховое возмещение) предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

Персональные данные - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес постоянной и временной регистрации, адрес проживания, контактные телефоны, адрес электронной почты, сведения о членах семьи, сведения о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, сведения о трудовой деятельности.

Страховая программа - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется договор страхования (полис).

1.3. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать:

2.1.1. Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранными гражданами или лицами без гражданства.

2.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Страховщиком выступает страховая организация, получившая Лицензию на осуществление страховой деятельности по данному виду.

2.3. Застрахованный – физическое лицо, о страховании которого заключен договор в соответствии с настоящими Правилами.

Договоры страхования могут заключаться, по выбору Страховщика, как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных.

2.4. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

3.1. Объектом 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.

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских, лекарственных и иных услуг в медицинских организациях и у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию (далее - медицинских организациях), а также сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом Полисе/страховой карте) и/или в программе добровольного медицинского страхования, которая является неотъемлемой частью договора страхования. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими и сервисными организациями по договору со Страховщиком.

Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи, оказанной по программам добровольного медицинского страхования, только в этих организациях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.

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

4.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинские организации, предусмотренные договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении для получения медицинских и иных услуг, оговоренных в договоре страхования и/или в программе добровольного медицинского страхования.

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной,

бальнеологической, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях страхования от следующих страховых рисков:

4.3.1. Риска возникновения событий, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме амбулаторно-поликлинической помощи.

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному организацию, предоставление и оплату медицинских и иных услуг в объеме и на условиях, оговоренных договором страхования, при амбулаторно-поликлиническом лечении в медицинских организациях и иных организациях в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, выбранных Страхователем при заключении договора страхования;

4.3.2. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме стационарной помощи.

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному организацию, предоставление и оплату медицинских и иных услуг в объеме и на условиях, оговоренных договором страхования, при стационарном лечении в медицинских организациях и иных организациях в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, выбранных Страхователем при заключении договора страхования;

4.4. Договором страхования может быть предусмотрено страхование рисков, предусмотренных п.4.3. одновременно.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.

5.1. Страховщик имеет право не рассматривать в качестве страхового случая и не оплачивать медицинские и иные услуги - травматические повреждения или иные расстройства здоровья, возникшие у Застрахованного:

а) в состоянии алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

б) в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

в) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

г) при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание;

д) при передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание;

е) в результате террористического акта.

5.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если необходимость обращения Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвана заболеваниями, в том числе травмами, состояниями, возникшими в результате:

- участия Застрахованного лица в военных действиях любого рода, военных маневрах, военных сборах, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным лицом его служебных обязанностей;

- участия Застрахованного лица в гражданских волнениях, беспорядках, забастовках, несанкционированных митингах и демонстрациях;

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

5.3. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг, если:

а) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования;

б) Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования;

в) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом или выполняемые по желанию Застрахованного без медицинских показаний.

5.4. Не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска и связанное с увеличением страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ).

6.1. Страховая сумма, если иное не установлено Договором страхования, определяет максимальную стоимость медицинской помощи и иных предусмотренных Договором медицинского страхования услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия страхования независимо от числа обращений в медицинские организации. Страховая сумма может быть установлена на каждого и/или на всех Застрахованных. Определяется страховая сумма по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования и выбранной программой добровольного медицинского страхования.

Если договором предусмотрено несколько страховых рисков, по каждому из них страховая сумма может устанавливаться индивидуально.

6.2. Страховая премия (страховые взносы - при уплате страховой премии в рассрочку), уплачиваемая Страхователем по договору страхования, устанавливается в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено программой) и иных условий, определенных договором страхования.

6.3. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы с учетом условий страхования, выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, категории медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи, срока действия договора страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования.

При установлении у Застрахованного лица факторов, дополнительно влияющих на риск возникновения медицинских последствий, оплачиваемых в соответствии с настоящими Правилами, размер страховой премии по каждому Застрахованному увеличивается на соответствующий коэффициент, определяемый экспертным путем.

При определении размера страховой премии Застрахованному может быть предложено заполнение Медицинской анкеты. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.4. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т. п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня

медицинских услуг, или при иных изменениях и дополнениях в договоре страхования, что привело к повышению риска или лимита ответственности, Страхователь обязан уплатить дополнительный страховой взнос (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц) соразмерно увеличению степени риска.

Внесение изменений и дополнений в договор страхования оформляется путем подписания на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, переоформления страхового полиса, и внесения Страхователем дополнительного страхового вноса.

Размер дополнительного страхового вноса определяется Страховщиком соразмерно изменениям в договоре страхования.

При отказе Страхователя от уплаты дополнительного вноса Страховщик вправе досрочно прекратить договор страхования, вернув Страхователю часть вноса пропорциональный периоду, оставшемуся до окончания действия договора с даты изменения страхового риска или повышения лимита ответственности Страховщика.

6.5. В случае заключения договора страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) устанавливаются в следующем размере от страховой премии за год:

Срок страхования, мес.	Процент от годовой страховой премии по страховой программе
до 1 месяца	30 %
от 1 до 2 месяцев	40 %
от 2 до 3 месяцев	50 %
от 3 до 4 месяцев	60 %
от 4 до 5 месяцев	65 %
от 5 до 6 месяцев	70 %
от 6 до 7 месяцев	75 %
от 7 до 8 месяцев	80 %
от 8 до 9 месяцев	85 %
от 9 до 10 месяцев	90 %
от 10 до 11 месяцев	95 %

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок исчисления страховой премии.

6.6. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными деньгами через кассу Страховщика (представителя Страховщика) при подписании договора страхования;

- перечислением на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика) путем безналичной оплаты в течение 5 банковских дней со дня подписания договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

6.7. Если к сроку, установленному в договоре страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.8. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) вноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/ненадлежащим исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор страхования заключается:

- на один год;
- на определенный срок в месяцах.

7.2. При страховании на определенный срок неполный месяц принимается за полный, если условиями договора не предусмотрено иное.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ.

8.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику.

8.1.1. Если Страхователем является физическое лицо, для заключения договора страхования необходимо предоставить следующую информацию:

- а) фамилия, имя, отчество Страхователя и Застрахованного лица;
- б) адрес регистрации, фактический адрес проживания, телефон Страхователя и Застрахованного лица;
- в) паспортные данные Страхователя;
- г) возраст (дата и год рождения) Застрахованного лица, место рождения, гражданство;
- д) ИНН (при наличии) Страхователя и Застрахованного лица;
- е) СНИЛС (при наличии) Страхователя и Застрахованного лица;
- ж) является ли Страхователь: иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ); должностным лицом публичной международной организации (ДЛПМО); публичным должностным лицом РФ (ПДЛ РФ); родственником ИПДЛ, ДЛПМО, ПДЛ РФ;
- з) срок страхования, размер страховой суммы;
- и) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).

8.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо, для заключения договора коллективного страхования необходимо предоставить следующую информацию:

- а) наименование Страхователя, его юридический адрес, фактический адрес местонахождения, регистрационные данные (ИНН, ОГРН, КПП, ОКПО, ОКВЭД), банковские реквизиты;
- б) сведения об органах управления (структура, персональный состав)
- в) срок страхования, размер страховой суммы;
- г) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).
- д) список Застрахованных с указанием:
 - фамилий, имен, отчеств; ИНН и СНИЛС (при наличии);
 - адресов регистрации, фактических, телефонов;
 - возраста (дата и год рождения), мест рождения.

8.2. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика известные ему сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц, которое производится за счет средств Страхователя, если иного не предусмотрено соглашением Страхователя и Страховщика.

На основании результатов медицинского освидетельствования определяется степень страхового риска. Если предоставленных данных окажется недостаточно для оценки риска, Страховщик вправе затребовать дополнительную информацию от Страхователя /Застрахованного лица из медицинских учреждений или других компетентных органов.

8.3. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае установления того, что Страхователь сообщил ложные данные, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора.

8.4. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора в силу,

Страховщик имеет право потребовать уплаты дополнительной страховой премии или признания договора недействительным.

Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.5. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа – договора страхования, либо вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком, с приложением Правил и программы добровольного медицинского страхования.

При коллективном страховании к договору страхования прикладывается список Застрахованных лиц, составленный в двух экземплярах (по одному для каждой стороны договора). Также Страховщик выдает Страхователю (для передачи их Застрахованным) страховые Полисы на каждого Застрахованного, если договором страхования не предусмотрено иное. Если по договору коллективного страхования у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить дополнительный договор.

8.6. При утрате страхового Полиса или иных страховых документов, Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг, взамен Страхователю или Застрахованному выдается дубликат.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

Стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами, взыскивается в размере фактических затрат со Страхователя/Застрахованного лица.8.7. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого страхового взноса (первой части страхового взноса).

8.8. В случае если к сроку, установленному в договоре страхования, страховая премия (первая часть страхового взноса при рассроченном платеже) не была уплачена или была уплачена не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, и полученные страховые взносы возвращаются Страхователю.

8.9. Страховщик имеет право разрабатывать и применять на практике кроме прилагаемых форм договора страхования и полиса иные формы этих документов (групповые и индивидуальные), положения которых не противоречат настоящим Правилам страхования.

8.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если ссылка на них указана в договоре страхования (страховом полисе), или они изложены в одном документе с ним.

8.11. В договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования, если это не противоречит действующему законодательству РФ.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

9.1.2. Требовать предоставления Застрахованному лицу оказания медицинских услуг в медицинских организациях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями договора страхования и программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредставления, а также несвоевременного, неполного, некачественного оказания медицинских и иных услуг, Страхователь, Застрахованное лицо или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.1.3. По согласованию со Страховщиком увеличить объем и расширить перечень медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, или увеличить страховую сумму по одной или нескольким программам добровольного медицинского страхования, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительную страховую премию.

9.1.4. По согласованию со Страховщиком вносить изменения в список Застрахованных, а именно, исключать из действующего списка Застрахованных, включать в список Застрахованных дополнительных лиц.

9.1.5. Получить дубликат страхового Полиса и иных страховых документов в случае их утраты Застрахованным.

9.2. Застрахованное лицо имеет право:

9.2.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских организациях.

9.2.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

9.2.3. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица.

9.2.4. При утрате страхового Полиса и иных страховых документов, получить их дубликаты.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным договора страхования.

9.3.2. Отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховую премию и страховые взносы (при уплате страховой премии в рассрочку).

9.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

9.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

9.4.4. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредставления, а также несвоевременного, некачественного оказания Застрахованному медицинских и иных услуг.

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

9.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации.

9.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой Полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

9.5.4. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредставления, а также несвоевременного, неполного, некачественного оказания медицинских и иных услуг.

9.5.6. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их - Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

9.5.7. По запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п. 9.5.6 письменные согласия Застрахованных лиц.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. при заключении договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами страхования, на основании которых заключен договор страхования и иными документами, являющимися неотъемлемой частью договора страхования (программами добровольного медицинского страхования, дополнительными условиями страхования и другими документами в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования) одним из следующих способов:

- изложить в договоре страхования/страховом полисе на его оборотной стороне;
- приложить к договору страхования/страховому полису как его неотъемлемую часть;
- разместить ссылку в договоре страхования/страховом полисе на адрес размещения

Правил страхования на сайте Страховщика в сети Интернет.

Страховщик может выполнить указанную обязанность вручением Правил страхования в виде бумажного текста по требованию Страхователя.

При направлении вышеперечисленных документов в рамках соглашения об электронном взаимодействии или в рамках соглашения об электронном документообороте, Страховщик обязан предоставить по требованию Страхователя текст документов на бумажном носителе.

Также Страховщик обязан разъяснить Страхователю основные положения, содержащиеся в Правилах страхования и договоре страхования, расчеты изменения страховой суммы в течение срока действия договора страхования, расчеты страховой выплаты.

9.6.2. В течение 15-ти календарных дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой Полис/страховую карту с приложением Правил и программы страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

9.6.3. При наступлении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг организации, оказавшей такие услуги.

9.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

9.6.5. Обеспечить соблюдение требований к идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей, Застрахованных лиц), их представителей, а также получателей страховой выплаты в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при заключении договора страхования и/или при урегулировании требований о страховой выплате;

9.6.6. Предоставить по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

9.6.7. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими и иными организациями в рамках договора добровольного медицинского страхования.

9.6.8. В случае утраты страховых документов, при условии уведомления Страховщика Страхователем, выдать Страхователю дубликаты страховых документов.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

10.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские и иные организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом

Полисе/страховой карте), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи. Медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового Полиса/страховой карты и документа, удостоверяющего его личность.

10.2. Страховые выплаты за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам, осуществляются медицинским и иным организациям в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской организацией.

10.3. Страховая выплата в виде оплаты медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, предусмотренными в Договоре страхования или в приложении к нему, осуществляется в пределах страховой суммы. После выплаты страхового возмещения страховая сумма по Застрахованному лицу уменьшается на размер страховой выплаты.

10.4. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по событиям, предусмотренных договором страхования.

10.5. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинской организации, определенной договором страхования, Страховщик организует ее выполнение в иной равноценной медицинской организации. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

10.6. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму.

10.7. Страховщик на основании предъявленных документов медицинских организаций имеет право обосновать целесообразность с медицинской точки зрения получения Застрахованным платных медицинских услуг и отказать в выплате страхового возмещения, если оказанные медицинские услуги являются не целесообразными и не связаны с заболеванием или травмой Застрахованного лица.

В случае возникновения спора Страховщик имеет право обратиться к квалифицированному профессиональному независимому эксперту либо экспертной организации за получением заключения о целесообразности оказанных Застрахованному медицинских услуг.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.

11.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

11.1.1. Установлен факт передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;

11.1.2. Страхователь предоставил заведомо ложные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;

11.1.3. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений настоящих правил страхования.

11.1.4. Застрахованному лицу оказаны медицинские услуги, не связанные с его обращением, и это доказано Страховщиком либо независимым экспертом по запросу Страховщика.

11.2. Страховщик вправе отказать в части страховой выплаты, превышающей страховую сумму, установленной на Застрахованное лицо и указанной в его договоре страхования (полисе) на срок действия договора страхования.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

12.1. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:

12.1.1. Истечения срока действия договора страхования;

12.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования перед Страхователем (Застрахованным - в отношении данного Застрахованного) в полном объеме;

12.1.3. Неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки либо уплаты в размере меньше, чем это предусмотрено договором страхования и отказе Страхователя произвести оплату по требованию Страховщика в соответствии с п.6.8 Правил страхования;

12.1.4. Смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов.

12.1.5. По соглашению сторон или требованию одной из сторон, если это предусмотрено условиями договора;

12.1.6. Ликвидации Страховщика в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;

12.1.7. Принятия судом решения о признании договора недействительным;

12.1.8. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. В случае отказа Страхователя от договора страхования, в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховщик производит возврат страхователю уплаченной страховой премии в полном объеме.

В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

Страховщик производит возврат уплаченной страховой премии Страхователю в течение 10 рабочих дней со дня поступления письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Страховщик по выбору Страхователя производит возврат уплаченной страховой премии путем безналичного перечисления ее на расчетный счет Страхователя, либо наличными денежными средствами в кассе Страховщика.

12.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

12.2. При досрочном прекращении действия договора в соответствии с пп.12.1.5 и 12.1.6. Страховщик возвращает полученную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом расходов на ведение дела в размере 30%, если иное не предусмотрено Договором страхования.

12.3. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой Полис/страховую карту и иные страховые документы, действие которых прекращается с момента окончания действия договора страхования.

13. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.

13.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

13.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:

13.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;

13.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.

13.3. Действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

13.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых

прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

14.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.