

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ДЕЛО ЖИЗНИ»

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ» № 18/05/24-01/ОД от 24.05.2018 г.

Генеральный директор  Л. В. Велева

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Москва

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	4
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	5
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	5
5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ	8
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	8
7. ФРАНШИЗА	10
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	10
9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	13
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	14
11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКОВ, СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....	16
12. ПОРЯДОК ВОЗМЕЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ЕГО ЛИЧНЫХ СРЕДСТВ	16
13. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.....	17
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	17

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью страховая компания «ДЕЛО ЖИЗНИ» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования¹ (далее – договор страхования).
- 1.2. Добровольное медицинское страхование (далее также - ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями договора страхования. Отдельной программой ДМС может быть предусмотрено обеспечение гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату сверх (вне) установленных программами обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).
- 1.3. Страховщик на основании настоящих Правил заключает договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования.
Договор коллективного добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с юридическими лицам, представляющими интересы физических лиц, в отношении работников этого юридического лица и членов их семей, если Договором страхования не предусмотрено иное.
Договор индивидуального добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с физическим лицом, обладающим гражданской дееспособностью, в отношении этого физического лица или в отношении третьих лиц.
- 1.4. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении договора страхования или в период действия договора страхования, при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.
- 1.5. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства или нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, санаторно-курортное лечение, направленных на удовлетворение потребностей застрахованных лиц в поддержании и восстановлении здоровья.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), включенных в программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Лекарственные средства - вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов, методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся также вещества растительного, животного или синтетического происхождения, обладающие фармакологической активностью и предназначенные для производства и изготовления лекарственных средств (фармацевтические субстанции).

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), предусмотренных Программой и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи включенных в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи, медико-транспортные услуги², в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

Программа добровольного медицинского страхования (Программа или Программа ДМС) – перечень и объем медицинских и иных услуг (медицинской помощи), составленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое

¹ Договоры добровольного медицинского страхования являются для целей налогообложения страхователей и застрахованных лиц в части страховых взносов и страховых выплат договорами, предусматривающими возмещение медицинских расходов.

² Медико-транспортные услуги могут включать в себя транспортировку Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги могут также предусматривать возможность возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания и транспортировку тела Застрахованного в место его постоянного жительства или иное место, определенное договором страхования, в случае смерти во время пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, ухудшение состояния здоровья, возникновение состояния и/или обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе, беременность и услуги по родовспоможению), а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к настоящим Правилам, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг. На основании настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать специальные программы страхования на основе базовых тарифов с применением повышающих или понижающих коэффициентов, исходя из набора страховых рисков, территории страхования, размера страховой суммы, срока действия договора страхования, факторов риска и иных критериев, что должно быть отражено в договоре страхования.

Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

Дополнительные медицинские и иные услуги, предоставляемые сверх установленных программ ОМС (медицинская помощь) - услуги, включенные в программу ДМС: отличные от услуг, предоставляемых в рамках ОМС по объему, уровню квалификации медицинского персонала, комфортности, способу предоставления и т.д.; оказываемые организациями и учреждениями, не предоставляющими услуги в рамках ОМС; оказываемые организациями или учреждениями, которые хотя и предоставляют услуги в рамках ОМС, но только в пределах установленных квот или закрытому перечню лиц, на получение которых в данных учреждениях или организациях застрахованное лицо не имеет права по программам ОМС.

Медицинское учреждение – организация, которая имеет право (лицензию) на оказание медицинских услуг по законодательству страны, в которой находится Застрахованное лицо.

Амбулаторно-поликлиническое учреждение – лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее внебольничную медицинскую помощь как непосредственно в самом учреждении, так и на дому, а также предназначенное для осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний.

Стационарное медицинское учреждение - медицинское учреждение, в которое помещаются больные, нуждающиеся в длительном постельном режиме, обследовании и/или лечении, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение. К стационарным медицинским учреждениям относятся больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории.

Сервисная компания (Ассистанс) – российская или зарубежная компания, имеющая Договор со Страховщиком, в соответствии с которым она организует круглосуточно, семь дней в неделю медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящими Правилами, Застрахованным Страховщика во время их пребывания за пределами постоянного места жительства.

Врач – специалист с законченным высшим медицинским образованием по соответствующему профилю, не являющийся родственником Страхователя (Застрахованного) и действующий в рамках своей лицензии (сертификата) согласно установленному законодательству страны, в которой оказываются медицинские услуги.

Неотложное медицинское состояние – состояние, требующее оказания экстренной медицинской помощи, при отсутствии которой может наступить смерть или утрата трудоспособности Застрахованного.

Хроническое заболевание – заболевание, которое имеет один или более из перечисленных далее признаков:

- имеет постоянное течение,
- возможно возникновение обострений, рецидивов,
- вызвано необратимыми патологическими изменениями в организме,
- необходимы специальные навыки пациента для того чтобы жить с заболеванием,
- требуется реабилитационное лечение,
- требуется поддерживающее медикаментозное лечение,
- может повлечь частичную (остаточную) нетрудоспособность
- может потребовать длительного периода наблюдения, курирования врачом, обследования, ухода.

Экстренная госпитализация – госпитализация при срочной необходимости, проводимая непосредственно приемным отделением стационара (без направления) или по направлению учреждений скорой и неотложной медицинской помощи.

Близкий родственник - отец и мать, супруг (супруга), дети (в том числе и усыновленные), а также родные сестры и братья.

Аптечное учреждение - организация, осуществляющая розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями Федерального закона № 86-ФЗ «О лекарственных средствах». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, застрахованное лицо.
- 2.2. Страховщик - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке. Страховщиком по договору страхования является Общество с ограниченной ответственностью страховая компания «ДЕЛО ЖИЗНИ», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные

страховые агенты (юридические и физические лица), либо иные надлежащим образом уполномоченные лица в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров и (или) доверенностей.

- 2.3. Страхователем может является российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования на условиях настоящих Правил и программы страхования ДМС, разработанной Страховщиком.
- 2.4. Застрахованное лицо – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности застрахованного лица.
- 2.5. Застрахованным лицом, если иное не установлено программой или договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.
- 2.6. Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения³:
 - ВИЧ-инфекция, СПИД;
 - особо опасные инфекционные болезни⁴, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
 - наркологические заболевания.
- 2.7. Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования, следующие заболевания:
 - психические расстройства и расстройства поведения;
 - злокачественные новообразования, гемобластозы;
 - туберкулез;
 - заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;
 - системные поражения соединительной ткани, в т. ч. все недифференцированные коллагенозы;
 - заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
 - хронические гепатиты С, Е, F, G;
 - а также инвалидность (кроме III группы)может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт Правил. При страховании лиц, указанных в п. 2.7 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское и иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с ними осложнениям. Исключением может быть динамическое наблюдение застрахованного лица, но только если это прямо предусмотрено программой ДМС, на условиях которой был заключен договор страхования.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Объектом страхования, осуществляемого в соответствии с настоящими Правилами, являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.
- 3.2. Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц в связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного или его трупа, возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

³ В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

- 4.2. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи застрахованному лицу при его обращении в медицинское (иное) учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния требующего оказания медицинской помощи.
- 4.3. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- 4.4. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское и иное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов медицинской помощи, включенных в Программу, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению) и повлекшее возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
В случае если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного. Перечень и объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой.
- 4.5. Объем медицинской помощи, оказываемой застрахованному лицу медицинским учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, а также медицинские услуги, которые не оплачиваются Страховщиком, определяется выбранной Страхователем Программой / Программами. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в объеме Программ (Приложения № 1 -10 к Правилам), содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая, например: стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи, а также лекарственной помощи и т. д. При страховании дополнительных рисков непредвиденных расходов, Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного в объеме, определенном договором страхования.
- 4.6. **Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи,** могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т. ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному выписанных лечащим врачом лекарственных средств; оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; динамическое и диспансерное наблюдение Застрахованных; телемедицинские услуги в объеме, соответствующем законодательству, действующему на момент заключения договора страхования; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.
- 4.7. **Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи** (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением: питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских учреждений; телемедицинские услуги в объеме, соответствующем законодательству, действующему на момент заключения договора страхования. Программы, предусматривающие оказание

стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

- 4.8. **Программы, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи**, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций, в т. ч. услуги по родовспоможению, и необходимой экспресс-диагностике; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; телемедицинские услуги в объеме, соответствующем законодательству, действующему на момент заключения договора страхования.
- 4.9. **Программы, предусматривающие оказание медико-транспортных услуг**, могут включать в себя эвакуацию, репатриацию (в том числе экстренную), посмертную репатриацию, а также оплату транспортных расходов, связанных с возвращением в страну постоянного проживания детей, находившихся с Застрахованным, в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая, включая сопровождение детей, и расходы по проезду в оба конца родственников Застрахованного в случаях, предусмотренных договором страхования.
- 4.10. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения / сокращения перечня, организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу, а также о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи.
- 4.11. Не является страховым случаем обращение застрахованного лица в медицинское учреждение за получением медицинской помощи:
- если медицинское учреждение не было предусмотрено договором страхования и выбор медицинского учреждения не был согласован со Страховщиком;
 - когда медицинские услуги были оказаны не по назначению врача или по желанию Застрахованного лица;
 - связанной с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ»;
 - в состоянии наркотического, токсического, алкогольного или иного опьянения или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);
 - вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии наркотического, токсического, алкогольного или иного опьянения или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
 - в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
 - в связи с покушением на самоубийство;
 - в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;
 - произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.
- 4.12. Если иного не установлено договором страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 4.13. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.6 и 2.7 Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450.1 ГК РФ и / или обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.
- Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п.п. 2.6 и 2.7. Правил, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450.1 ГК РФ.
- Для целей реализации процедуры прекращения действия договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Страховщик имеет право в договорах с лечебными учреждениями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п. п. 2.6 и 2.7. Правил.

- 4.14. После получения информации, указанной в п. 4.13 Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного, содержащее ссылку на п. 4.13 Правил и указание на сумму страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате).
- 4.15. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в п. 4.13 Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.
- 4.16. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного, вернуть Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного.
В том случае, если после момента прекращения договора страхования, как это определено в настоящем пункте, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования как это описано в п. 4.13 Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном программой/программами и договором страхования при его заключении и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого застрахованного лица.
- 5.3. Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в т. ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности.
- 5.4. Установленная договором страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в течение действия договора страхования по конкретной Программе, виду помощи или заболеванию (если отдельные страховые суммы по видам помощи или заболеваниям предусмотрены договором).
- 5.5. Договор страхования считается исполненным Страховщиком в полном объеме в части отдельной Программы или в целом и прекращает свое действие в части отдельной Программы или в целом с момента, когда страховые выплаты по Программе / договору страхования достигнут размера соответствующей страховой суммы.
- 5.6. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ).

- 6.1. При заключении договора страхования Страховщик определяет размер страховой премии, которую должен уплатить Страхователь. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь (Застрахованное лицо) обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения договора страхования страховыми тарифами, исходя из условий договора страхования, с учетом объекта страхования, факторов риска и срока страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.
- 6.2. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и факторов риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера.
- 6.3. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска):
- пол, возраст;
 - объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);

- срок действия договора;
 - общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
 - ценовая категория медицинского учреждения;
 - применение франшизы, её вид и размер.
- 6.4. Страховщик вправе при определении размера страхового тарифа применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов риска.
- 6.5. При заключении договора страхования на новый срок, если договором страхования не предусмотрено иное, к договору страхования по результатам страхования за предыдущий период, составляющий не менее 12 месяцев, может применяться повышающий или понижающий коэффициент.
- 6.6. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок страхования или в рассрочку страховыми взносами. Порядок оплаты страховых взносов определяется в договоре страхования.
- 6.7. В случае изменения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинской помощи Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинской помощи, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору страхования. После подтверждения факта получения Страхователем уведомления указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если страховая премия подлежит уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом страховой премии.
- 6.8. В случае взаимного согласия Сторон об изменении стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, согласно п. 6.7 Правил, изменения оформляются Дополнительным соглашением к Договору. В случае несогласия Страхователя с изменением стоимости медицинской помощи в период действия Договора страхования, Договор может быть расторгнут по инициативе Страховщика или по обоюдному согласию. Представленное настоящими правилами право Страховщика на односторонний отказ от договора, согласно ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, реализуется путем направления Уведомления о расторжении, Договор считается расторгнутым с момента получения Страхователем Уведомления о расторжении. Уведомление считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило Страхователю, но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или Страхователь не ознакомился с ним.
- 6.9. Страховая премия (взнос) уплачивается Страхователем в соответствии с действующим законодательством наличными деньгами или путем безналичных расчетов после получения Страхователем от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. При этом обязанность Страхователя по оплате страховой премии (страхового взноса) считается выполненной:
- при оплате через учреждение банка без открытия счета – на дату документа, выдаваемого учреждением банка в подтверждение принятия денежных средств от плательщика;
 - при оплате через представителя Страховщика, действующего на основании доверенности – на дату выдачи квитанции строгой отчетности, либо на дату внесения денег в кассу Страховщика;
 - при оплате безналичным путем – на дату поступления денежных средств на указанный в договоре страхования расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика) в полном размере, указанном в договоре страхования. При оплате Страхователь – юридическое лицо обязан в платежном поручении ссылаться на номер и дату счета, на основании которого производится уплата страховой премии (взноса), и / или номер договора страхования, по которому уплачивается страховая премия (взнос).
- 6.10. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования.
- 6.11. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) с требованием погасить задолженность к установленной в письменном уведомлении дате либо направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/неадекватным исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку. Договор считается расторгнутым с момента получения Страхователем уведомления о расторжении Договора страхования. Уведомление считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило Страхователю, но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или Страхователь не ознакомился с ним.

- 6.12. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7. ФРАНШИЗА

- 7.1. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в выплате страхового возмещения – франшиза. Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.
- 7.2. Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования, наличие временной франшизы указывается в Программе страхования.
- 7.3. Франшиза, за исключением «временной», разделяется по видам на «безусловную» и «условную».
- а) Франшиза «безусловная» предусматривает уменьшение размера возмещения по страховому случаю на размер установленной франшизы.
- б) Франшиза «условная» предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности за страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер страховой выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете страхового возмещения франшиза не учитывается.
- Франшиза может быть установлена по договору, по программе, по одному риску либо по их комбинации. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.
- 7.4. В Договоре страхования также может быть установлена «временная» франшиза - период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельных оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. Договор страхования по настоящим Правилам может быть заключен:
- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования;
 - в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика (www.prolife.ru).
- 8.2. **Заключение договора страхования в стандартном порядке.**
- 8.2.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании заявления Страхователя (Приложение № 14 к Правилам) и медицинской анкеты лица, принимаемого на страхование (Приложение № 15 к Правилам).
В заявлении на страхование должны быть указаны:
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование (Приложение № 11 к Правилам);
 - наименование, адрес места нахождения, телефон, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо, либо индивидуальный предприниматель;
 - фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
 - предполагаемый вид медицинской помощи, страховая сумма и наименование медицинских и иных учреждений;
 - срок, на который заключается договор страхования.
- Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные выше и выданные (оформленные) за границей РФ принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.). Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления дополнительных документов или проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья с целью определения вероятности наступления страхового случая.
- 8.2.2. Договор страхования считается заключенным с даты его подписания, если иное не установлено договором страхования.

- 8.2.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого её взноса, но не ранее даты заключения договора.
- 8.2.4. Договор страхования заключается в форме единого документа, подписанного обеими сторонами Договора страхования. Соглашения об изменении и досрочном прекращении действия договора страхования оформляются путем составления единого документа, подписанного обеими сторонами договора страхования. При заключении договора страхования Страховщик должен ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и вручить их ему, о чем делается запись в договоре страхования.
- 8.3. Заключение договора страхования в электронной форме.**
- 8.3.1. В соответствии с настоящими Правилами, пунктом 2 статьи 434 ГК РФ и статьи 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования может быть составлен в форме электронного документа.
- 8.3.2. Перечень сведений, передаваемых Страхователем через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет для формирования заявления о заключении Договора страхования в электронной форме, включает в себя сведения, необходимые для предоставления Страховщику при заполнении заявления о заключении договора страхования на бумажном носителе и указанные в п. 8.3.1 настоящих Правил.
- 8.3.3. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на Сайте Компании, для заключения договора страхования страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т. п.). При заключении договора страхования в электронной форме обследование лиц, принимаемых на страхование, Страховщиком не осуществляется.
- 8.3.4. Медицинское обследование принимаемого на страхование лица при заключении договора страхования в электронном виде не производится. В случае, если на основании сведений, представленных для заключения договора страхования в электронной форме, Страховщик считает необходимым провести медицинское обследование лица, принимаемого на страхование, до заключения договора страхования, договоры страхования в виде электронных документов не заключаются, но Страховщик предоставляет Страхователю право на заключение договора страхования в стандартном порядке согласно п. 8.3 Правил.
- 8.3.5. Заявление о заключении договора страхования в электронной форме может подписываться простой электронной подписью Страхователя, либо путем косвенного подписания путем указания своего страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в заявлении – физического лица, или усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
- 8.3.6. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор 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.
- 8.3.7. Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Компании. Оплата страховой премии страхователем – физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.
- 8.3.8. В срок не позднее одного рабочего дня с момента поступления денежных средств в кассу Страховщика (при оплате страховой премии наличными денежными средствами), а в случае ее уплаты по безналичному расчету или уплаты с использованием банковской карты – не позднее рабочего дня, следующего за днем поступления на расчетный счет Страховщика страховой премии, Полис страхования в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи», направляется Страхователю.
- 8.4. По решению Страховщика перечень документов/информации, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа) может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.
- 8.5. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования. Дата начала и окончания срока действия договора страхования указываются в договоре страхования.
- 8.6. Указанные Страхователем в заявлении данные о состоянии принимаемого на страхование лица, признаются существенным условием договора страхования.
- 8.7. После заключения договора страхования Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования (именной документ, подтверждающий заключение договора страхования и пр. (далее – страховые документы)).

- 8.8. Одновременно с договором страхования Страхователю (Застрахованному) Страховщик или его представитель может, но не обязан вручить сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.
- Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.
 - Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу.
 - В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.
 - При утрате дубликата сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления.
 - Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в договоре страхования как Застрахованный.
- 8.9. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в медицинскую диспетчерскую службу Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховая полис либо сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 8.10. При утрате Страхователем или застрахованным лицом страховых документов, по его письменному заявлению может быть выдан дубликат таких документов.
- 8.11. **Персональные данные.**
- Под персональными данными в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.
- Заклячая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие застрахованных, по договору страхования, лиц на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений и др.
- Во исполнение обязательств по договору страхования Страховщик также вправе передавать персональные данные застрахованных лиц в медицинские и иные учреждения, предусмотренные договором страхования, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные о застрахованных лицах, при условии, что Страховщик имеет договоры с указанными учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных застрахованных лиц.
- Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия застрахованного лица.
- Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия застрахованных лиц на обработку их персональных данных.
- Заклячая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.
- Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.
- В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.
- После прекращения действия договора страхования, а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 10 (десяти) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.
- Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.
- 8.12. Договор страхования, если в нем не предусмотрено специальных условий вступления договора в силу, вступает в силу с даты его подписания. Ответственность Страховщика по договору страхования начинается после поступления страховой премии

(первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или уплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика или представителю Страховщика, но не ранее даты начала страхования.

- 8.13. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 9.1. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:
- 9.1.1. истечения срока, на который был заключен договор страхования;
 - 9.1.2. по требованию Страховщика - при неуплате Страхователем очередного страхового взноса в определенный договором срок – с даты, указанной в письменном уведомлении Страховщика, но не ранее даты, указанной в договоре страхования, как дата, следующая за датой уплаты очередного страхового взноса и отправки такого уведомления (если договором страхования не предусмотрено иного);
 - 9.1.3. исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме в размере страховой суммы, установленной в договоре страхования – с даты исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме;
 - 9.1.4. отказа Страхователя от договора страхования – с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;
 - 9.1.5. в случае смерти застрахованного лица (договор страхования прекращается в отношении такого застрахованного лица) – с даты смерти застрахованного лица на основании свидетельства о смерти или решения суда, которым застрахованное лицо объявлено умершим;
 - 9.1.6. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации;
 - 9.1.7. ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя;
 - 9.1.8. по соглашению между Страхователем и Страховщиком – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;
 - 9.1.9. по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и (или) договором страхования – с даты, указанной в письменном уведомлении Страховщика, но не ранее даты отправки такого уведомления;
 - 9.1.10. полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования; частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных; в обоих случаях договор считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;
 - 9.1.11. если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Страхователь, при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся у застрахованного лица болезни, предусмотренные п. 2.6 и 2.7 Правил, Страховщик будет вправе по своему выбору потребовать уплаты дополнительной премии соразмерно увеличению страхового риска, либо прекратить договор страхования в отношении застрахованного лица, данные о состоянии здоровья которого, не соответствуют сведениям, представленным Страхователем при заключении договора страхования;
 - 9.1.12. если в течение срока действия договора страхования у застрахованного лица будут впервые диагностированы заболевания, из числа указанных в п. 2.6 и 2.7 Правил, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого застрахованного лица;
 - 9.1.13. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.
- 9.2. В случае досрочного прекращения договора страхования, вопрос о возврате уплаченной страховой премии решается в зависимости от условий, оговоренных Сторонами в договоре страхования. При прекращении договора страхования в соответствии с п. 9.1.2, 9.1.6., 9.1.7 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования. По иным основаниям прекращения договора страхования возврат уплаченной страховой премии (взносов) не производится. Если договором страхования устанавливается иное, в нем определяется размер подлежащей возврату части страховой премии.
- Возврат страховой премии осуществляется в течение 15 рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате страховой премии, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.
- В случае если расчетное значение возвращаемой страховой премии имеет отрицательное значение, то возврат премии и доплата страховой премии Страхователем не осуществляется.
- 9.3. Особые условия отказа Страхователя - физического лица от договора.
- а) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п. 9.1 Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в «период охлаждения» со дня его

заклучения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Продолжительность «периода охлаждения» и действия Страховщика определены Указанием Центрального Банка РФ № 3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования». «Период охлаждения» и условия его исполнения могут изменяться решением Центрального Банка РФ, путем внесения соответствующих изменений. Стороны руководствуются редакцией Указания ЦБ РФ действующей на дату получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

- б) В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.
- в) В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь вправе:

- а) требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты, либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;
- б) досрочно прекратить действие договора страхования;
- в) прекратить в отношении застрахованного лица действие договора страхования;
- г) требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

10.2. Страхователь обязан:

- а) своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;
- б) предоставить Страховщику по его требованию достоверную информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц;
- в) передать застрахованному лицу необходимые страховые документы, определенные Правилами, а при их утрате – дубликаты, а также разъяснить застрахованному лицу условия договора страхования;
- г) своевременно сообщить Страховщику об изменении своих персональных данных, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества застрахованного лица и его фактического места жительства и пр.
- д) заменить Застрахованное лицо, при условии согласия последнего, а также Страховщика
- е) своевременно письменно сообщать Страховщику о ставших ему известными факторах увеличения степени риска.

10.3. Страховщик вправе:

- а) проверять полученную от Страхователя и застрахованного лица информацию;
- б) потребовать от Страхователя предоставления дополнительных документов или проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья с целью определения вероятности наступления страхового случая.
- в) досрочно прекратить договор страхования в отношении застрахованного лица, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.10.6 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора Страхователю и застрахованному лицу;
- г) досрочно прекратить договор страхования в предусмотренных Правилами и/или договором страхования случаях;
- д) в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения - потребовать досрочно прекратить договор страхования;

10.4. Страховщик обязан:

- а) организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение застрахованным лицом медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, телемедицинских услуг, предусмотренных Программой;
- б) контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими учреждениями;
- в) осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) договором страхования;
- г) выдать застрахованному лицу страховые документы, предусмотренные Правилами, а при их утрате – дубликат;
- д) переводить застрахованных лиц, с согласия Страхователя, в другое медицинское учреждение в случае, если выбранное Страхователем медицинское учреждение прекращает свою деятельность. При невозможности перевода застрахованных лиц в равноценное медицинское учреждение, Страховщик, с согласия Страхователя, переводит застрахованных лиц в иное медицинское учреждение с соответствующим перерасчетом страховой премии. При несогласии Страхователя Страховщик прекращает действие Договора
- е) по требованиям страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты.

10.5. Застрахованное лицо вправе:

- а) требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;
- б) требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (если такое возмещение предусмотрено Договором или Программой) (право требования выплаты в свою пользу принадлежит Выгодоприобретателю, если данное лицо предусмотрено договором страхования);
- в) сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;
- г) при утрате страховых документов получить их дубликат;
- д) требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

10.6. Застрахованное лицо обязано:

- а) соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;
- б) соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;
- в) не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;
- г) своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;
- д) при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;
- е) при отсутствии возможности, необходимости или желания воспользоваться медицинскими услугами в медицинском учреждении, услугами медицинской помощи на дому или услугами скорой медицинской помощи, телемедицинскими услугами, установленной застрахованным лицом после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о получении данной медицинской помощи, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения медицинского учреждения, вызова врача на дом или бригады скорой медицинской помощи.

10.7. Договором или конкретной Программой страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИНЫХ УСЛУГ

11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая п. 4.4 Правил, застрахованное лицо обращается в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования или согласованное со Страховщиком, либо в контакт-центр Страховщика, если такое обращение предусмотрено договором страхования.

11.2. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный, при ухудшении состояния здоровья, а также (в случаях предусмотренных договором страхования) при возникновении состояний и/или обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, может, с предварительного согласия Страховщика и в случае если это отдельно предусмотрено в договоре страхования, обратиться в любое медицинское учреждение или аптечную (или иную) организацию и самостоятельно оплатить такие услуги. Компенсация расходов, понесенных Застрахованным лицом в соответствии с условиями настоящего пункта производится Страховщиком в порядке, определенном в разделе 13 настоящих Правил.

11.3. Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения как в розницу, так и оптом.

11.4. Конкретный порядок организации медицинской помощи зависит от выбранной Страхователем Программы страхования и указан непосредственно в Программе.

11.5. При необходимости застрахованное лицо в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКОВ, ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения при наступлении страхового случая по договору страхования.

12.2. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

Страховая выплата производится застрахованному лицу независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

12.3. Страховая выплата по договору страхования может осуществляться Страховщиком:

а) в виде оплаты стоимости организованной застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение или аптечную (или иную) организацию согласно выставленным счетам в срок, не превышающий 60 рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанные медицинские услуги не предусмотрено между Страховщиком и соответствующим лечебным учреждением, либо предприятием аптечной сети соответственно. Срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 рабочих дней с момента получения счета из медицинского учреждения (аптечной или иной организации). В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 60 рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанные медицинские услуги не предусмотрено между Страховщиком и соответствующим лечебным учреждением, либо предприятием аптечной сети соответственно.

б) в виде возмещения застрахованному лицу (Выгодоприобретателю, если данное лицо предусмотрено договором страхования) его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) расходы. При этом возможность такой выплаты и условия ее получения определяются договором или Программой страхования.

12.4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если:

а) медицинская помощь оказана застрахованному лицу при отсутствии страхового случая;

б) услуга, оказанная застрахованному лицу, не входит в Программу;

в) застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение при израсходовании страховой суммы, установленной в договоре страхования;

г) застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение после окончания срока действия страхования, либо до начала действия страхования.

д) застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

е) застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

ж) застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение в связи с покушением на самоубийство;

з) застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

13. ПОРЯДОК ВОЗМЕЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ЕГО ЛИЧНЫХ СРЕДСТВ

13.1. Для принятия решения о выплате страхового возмещения Застрахованное лицо обязано в течение 15 дней с момента обращения в медицинское учреждение по страховому случаю предоставить Страховщику следующие документы:

а) письменное заявление на получение страхового возмещения;

б) документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному

в) оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказания услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении;

г) в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документы подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения;

13.2. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения комплекта документов, указанного в ст. 73 Правил, осуществляет принятие решения и осуществляет выплату страхового возмещения Застрахованному лицу или направляет обоснованный отказ в страховой выплате. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов на предмет их относимости к страховому случаю и объему страхового покрытия, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному лицу.

13.3. Страховое возмещение выплачивается через кассу Страховщика, либо перечисляется на счет застрахованного лица (или иного лица, указанного в заявлении) в любом банке Российской Федерации, указанном в заявлении.

14. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

14.1. В соответствии с настоящими Правилами считается конфиденциальной следующая информация:

- а) о сумме страховой премии, уплаченной по договору страхования;
- б) о персональных данных застрахованного лица: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания, телефон;
- в) о персональных данных застрахованного лица специальной категории: данных о состоянии здоровья застрахованного лица, о заболеваниях застрахованного лица, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.

14.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Споры, вытекающие из Договора страхования, разрешаются путем переговоров с соблюдением обязательного досудебного (претензионного) порядка до обращения в суд (арбитражный суд). Сторона, к которой поступила претензия, должна рассмотреть претензию в пятнадцатидневный срок с момента получения.

15.2. В случае если одной из сторон спора по договору страхования является иностранное юридическое лицо, то действует договорная подсудность, и споры разрешаются в Арбитражном суде г. Москвы.

15.3. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

15.4. Право на предъявление к страховщику претензий по договору страхования сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации, начиная со дня наступления страхового случая.