

П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
№ 08.5

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Закрытое акционерное общество «Московская акционерная страховая компания» (ЗАО «МАКС») (далее - Страховщик) на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и действующего законодательства Российской Федерации заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования (далее - Договоры страхования).

1.2. По Договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) или иных услуг определенного объема и качества по программе добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования (далее – Программа страхования) в медицинской организации, предусмотренной Договором страхования или согласованной со Страховщиком.

1.3. Страхователи - дееспособные физические лица (в том числе зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке индивидуальные предприниматели), а также российские и иностранные юридические лица, заключившие со Страховщиком Договор страхования.

1.4. Договор страхования заключается в пользу Застрахованных лиц - физических лиц, названных в Договоре страхования или в прилагаемом к нему списке.

Если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

1.5. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования может быть заключен в пользу работников Страхователя, членов семей таких работников, а также иных лиц.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. 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.

По настоящим Правилам страхования страховым риском является риск обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования или согласованную со Страховщиком, за медицинской и лекарственной помощью (медицинскими услугами) и иными услугами, определенными Программой страхования.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.3. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования или согласованную со Страховщиком, при заболевании, травме, отравлении, а также при других несчастных случаях и состояниях, требующих оказания Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, определенных Программой страхования.

3.4. Перечень медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком, а также порядок оказания таких услуг, определяется в Программе страхования. Программы страхования формируются Страховщиком на основе и в пределах базовых программ добровольного медицинского страхования (приложение № 1 к Правилам страхования):

3.4.1. В рамках программы «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ» - на условиях организации предоставления и оплаты медицинских и иных услуг в амбулаторно-поликлинических, стационарных, реабилитационно-восстановительных (санаторно-курортных) условиях (п.3.4.2-3.4.4 Правил страхования).

Программа страхования может включать как все части (элементы) программы, так и любое их сочетание.

3.4.2. В рамках программы «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ» - на условиях организации предоставления и оплаты медицинских и иных услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, включающих в себя поликлиническое обслуживание, помощь на дому, стоматологическую помощь, скорую (неотложную) медицинскую помощь, лекарственное обеспечение.

Программа страхования может включать как все части (элементы) программы, так и любое их сочетание.

3.4.3. В рамках программы «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ» - на условиях организации предоставления и оплаты медицинских и иных услуг в стационарных условиях.

3.4.4. В рамках программы «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ (САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ» - на условиях организации предоставления и оплаты медицинских и иных услуг в санаторно-курортных условиях.

Программам страхования Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия.

3.5. Программа страхования может быть сформирована Страховщиком только для отдельных категорий Застрахованных лиц (например, для беременных женщин, детей, лиц, проживающих в определенном регионе, лиц, не имеющих определенных заболеваний, лиц определенной возрастной категории и др.). Страхователь имеет право отказать в заключении Договора страхования по таким Программам страхования, если лицо, в пользу которого заключается Договор страхования, не входит в категорию лиц, которые могут быть застрахованы по данным Программам страхования.

Страховщик также имеет право определить в Программе страхования конкретный перечень заболеваний (состояний) Застрахованных лиц, обращение по поводу которых является страховым случаем по Договору страхования.

3.6. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за медицинской или лекарственной помощью (медицинскими услугами) и иными услугами:

3.6.1. В связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.6.2. В связи с получением травматического повреждения или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий.

3.6.3. В связи с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

3.6.4. В связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений.

3.6.5. Если такая помощь (услуги) не предусмотрена Программой страхования или отсутствуют медицинские показания на такую помощь (услуги).

3.7. Если иное не установлено Договором страхования, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

3.7.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

3.7.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

3.7.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.8. Страховщик имеет право организовать предоставление и оплату медицинских и иных услуг также в зарубежных медицинских организациях (учреждениях). Такая организация может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими организациями (учреждениями), так и через российские медицинские и/или иные организации (учреждения), либо при посредничестве сервисных медицинских компаний. Во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской и/или иной организации (учреждения), оказавшей медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы по законодательству, действующему на территории, в границах которой организация (учреждение) осуществляет свою деятельность.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению Страхователя и Страховщика, исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, входящих в Программу страхования.

4.3. Договором страхования в пределах страховой суммы также могут устанавливаться лимиты выплат (максимальные суммы страховых выплат) на отдельные виды медицинских или иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям), иные лимиты выплат.

4.4. Условиями Договора страхования по соглашению Сторон может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанных с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой страхования (безусловная франшиза).

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

5.2. Размер страховой премии по Договору страхования исчисляется Страховщиком исходя из выбранной Страхователем Программы страхования, размера страховой суммы, страхового тарифа и срока действия Договора страхования.

5.3. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

5.4. При заключении Договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы, а также повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, учитывающие условия страхования и факторы, влияющие на степень риска (Приложение № 2 к Правилам страхования).

5.5. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным расчетом не позднее срока(-ов), установленного(-ых) в Договоре страхования.

5.6. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при оплате наличными денежными средствами - день поступления денежных средств в кассу Страховщика или представителю Страховщика;

- при безналичных расчетах - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (по данным банка).

5.7. В случае неуплаты страховой премии (при единовременной оплате) или первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) к сроку, установленному в Договоре страхования, или уплаты страховой премии (первого страхового взноса) не в полном объеме, Договор страхования считается не вступившим в силу, если Договором страхования не предусмотрено иное.

5.8. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса не в полном объеме, Договор страхования досрочно прекращает свое действие со дня, следующего за днем истечения срока уплаты очередного страхового взноса, уплата которого была просрочена либо была произведена Страхователем не в полном объеме, если Договором страхования не предусмотрено иное.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования может быть заключен по соглашению Страхователя и Страховщика на 1 год или иной период времени.

6.2. Договор страхования вступает в силу (если иное не определено условиями Договора страхования) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Для заключения Договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное заявление по установленной форме либо иным доступным способом заявляет о своем намерении заключить Договор страхования.

При этом Страхователь обязан сообщить Страховщику сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления:

- сведения о Страхователе (фамилия, имя, отчество или наименование, дата и место рождения, гражданство, адрес, телефон, факс, адрес электронной почты, ИНН, сведения о государственной регистрации, коды форм государственного статистического наблюдения, банковские реквизиты, данные документа, удостоверяющего личность);

- сведения о Застрахованном лице (фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес, телефон, адрес электронной почты; данные документа, удостоверяющего личность; род занятий, профессия; рост, вес; сведения об отдельных заболеваниях и имеющихся отклонениях в состоянии здоровья; сведения о добровольном медицинском страховании в предыдущий год);

- предполагаемый перечень медицинских и иных услуг (Программа страхования), страховая сумма, необходимые медицинские организации.

В зависимости от условий страхования перечень запрашиваемых Страховщиком сведений может быть сокращен.

7.2. По требованию Страховщика при заключении Договора страхования Страхователь должен предоставить

следующие документы:

7.2.1. Копии учредительных документов Страхователя – юридического лица и/или карточку предприятия.

7.2.2. Копии документов, удостоверяющих личность Страхователя – физического лица или действующего от имени Страхователя представителя.

7.2.3. Доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя.

7.2.4. Копия(-и) документа(-ов), удостоверяющего(-их) личность Застрахованного(-ых) лица(лиц).

7.2.5. Медицинские документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного(-ых) лица(лиц) (результаты медицинских анализов и обследований, заключение врача по результатам медицинского обследования Застрахованного лица, заключения профильных специалистов).

Копии документов должны быть заверены в установленном порядке или представляются Страховщику с предъявлением подлинников.

Страховщик вправе потребовать прохождения принимаемым на страхование лицом предварительного медицинского обследования для оценки состояния его здоровья.

7.3. Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа (договора или полиса) либо вручения Страхователю на основании его заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа (электронного страхового полиса) с учетом особенностей, установленных действующим законодательством.

7.4. При коллективном страховании работников Страхователя (членов семей таких работников, иных лиц) в Договоре страхования указывается (или прилагается к Договору) список с поименным перечислением Застрахованных лиц. В случае выбытия работников (членов семей таких работников, иных лиц), застрахованных по списку (в отношении которых действие договора в дальнейшем не распространяется), и прибытия новых на их место, Страхователь письменно сообщает об этом Страховщику, иначе вновь принятый работник (члены семьи такого работника, иные лица) является Застрахованным лицом. При этом вновь принятый работник (члены семьи такого работника, иные лица) является Застрахованным лицом при условии, что он удовлетворяет требованиям, предусмотренным Договором страхования или Правилами страхования.

7.5. На основании Договора страхования могут оформляться индивидуальные страховые полисы (страховые медицинские карточки) на каждое Застрахованное лицо, удостоверяющие его право на получение медицинских и иных услуг в соответствии с Договором страхования.

7.6. Страховые полисы (страховые медицинские карточки) выдаются Страхователю в течение трех рабочих дней после уплаты страховой премии/первого ее взноса, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.7. Застрахованное лицо при утрате страхового полиса (страховой медицинской карточки) должно незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утраченные страховые документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных страховых документов Застрахованному лицу выдаются их дубликаты.

При повторной утрате страховых документов в течение действия Договора страхования Страховщику уплачивается денежная сумма в размере стоимости изготовления страхового документа.

7.8. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь направляет Страховщику заявление о заключении договора страхования через официальный сайт Страховщика www.maxs.ru путем заполнения формы, включающей сведения, указанные в п.7.1 настоящих Правил страхования.

Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

В случае направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.11 №63-ФЗ «Об электронной подписи», договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса – при оплате премии в рассрочку).

Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с Правилами страхования и согласия с их условиями может удостоверяться также соответствующей отметкой, предоставляемой Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

При заключении Договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов из числа указанных в п.7.2 настоящих Правил страхования в электронном виде на основании

электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условия страхования на сайте Страховщика.

Медицинское обследование лица, принимаемого на страхование, при заключении Договора страхования в виде электронного документа не производится.

7.9. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Если положения Договора страхования отличаются от положений Правил страхования, преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

7.10. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия Договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет после исполнения Договора (полиса) страхования осуществлять обработку персональных данных, указанных в Договоре (полисе) страхования и иных документах, используемых ЗАО «МАКС» для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью исполнения ЗАО «МАКС» условий Договора страхования и требований, установленных действующим законодательством о персональных данных физических лиц, в том числе для осуществления добровольного медицинского страхования, в целях надлежащего исполнения Договора страхования, организации оказания медицинских и иных услуг, в целях проверки качества оказания медицинских и иных услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, выявления фальсификации счетов или фактов использования счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских организаций, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Страхователь обязан до заключения Договора страхования на основании настоящих Правил страхования получить от физических лиц, указанных в заявлении на страхование и иных документах, согласия на обработку ЗАО «МАКС» их персональных данных и по запросу предоставить их Страховщику. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц, указанных в заявлении на страхование и (или) договоре (полисе) страхования и иных документах, на обработку их персональных данных, в том числе по возмещению убытков, понесенных Страховщиком в случае предъявления претензий со стороны третьих лиц и/или государственных органов.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах страхования понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача третьим лицам (включая медицинские организации), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, осуществления страховой выплаты, администрирования Договора страхования, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает свое согласие на запрос любой дополнительной информации в любых учреждениях (включая медицинские организации) и у врачей, в том числе, о состоянии своего здоровья (причине смерти, диагнозе и др.) с целью исполнения ЗАО «МАКС» своих обязанностей в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Стороны также обязуются обеспечивать надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных физических лиц в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Субъект персональных данных вправе потребовать прекратить обработку 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 требования полностью прекратить обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае такого требования со стороны субъекта персональных данных, являющегося Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего требования. После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае поступления вышеуказанного требования, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 25 (двадцать пять) лет с момента прекращения действия Договора страхования либо с момента получения Страховщиком соответствующего требования.

7.11. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

7.11.1. Истечения срока действия Договора страхования.

7.11.2. Исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме.

7.11.3. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.11.4. Неуплаты очередного взноса в установленные Договором страхования сроки, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.11.5. Требования (по инициативе) Страхователя, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.11.6. Требования субъекта персональных данных, являющегося Страхователем, полностью прекратить обработку персональных данных в соответствии с п.7.10 Правил страхования. При этом такое требование считается отказом от Договора страхования и уплаченная по Договору премия возврату не подлежит (за исключением случаев, предусмотренных п.7.12 настоящих Правил).

7.11.7. Соглашения Сторон.

7.11.8. Ликвидации Страховщика, за исключением случаев передачи Страховщиком обязательств, принятых по Договорам страхования (страховой портфель) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7.11.9. В других случаях, предусмотренных Договором страхования и законодательством Российской Федерации.

7.12. В случае досрочного отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, действуют следующие положения:

7.12.1. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения и до даты начала действия страхования, страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

7.12.2. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

7.12.3. 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 5 рабочих дней со дня заключения Договора страхования.

7.12.4. Страховщик производит возврат Страхователю страховой премии (ее части) наличными деньгами или в безналичном порядке (по выбору Страхователя) в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.13. В иных случаях досрочного отказа Страхователя от Договора страхования, не указанных в п.7.12 настоящих Правил, при условии, что возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.14. Если Договор страхования прекращается досрочно в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. Требовать от Страховщика выполнения обязанностей по Договору страхования.

8.1.2. В течение срока действия Договора страхования вносить предложения по изменению или уточнению условий Договора страхования. При этом Страховщиком при необходимости производится перерасчет размера страховой премии.

8.1.3. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Застрахованное лицо имеет право:

8.2.1. Получить медицинскую помощь и иные услуги в объеме и порядке, предусмотренном Договором страхования.

8.2.2. Сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских или иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

8.2.3. Получить дубликат страхового полиса (страховой медицинской карточки) в случае его (ее) утраты в порядке, предусмотренном п.7.7 Правил страхования.

8.2.4. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Проверять достоверность сообщенных Страхователем данных, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страхового риска.

8.3.2. При значительных изменениях обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать изменений условий Договора страхования и/или уплаты Страхователем дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Значительными признаются обстоятельства, оговоренные в Договоре (полисе) страхования и в заявлении (анкете) о заключении Договора страхования.

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

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

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

8.3.3. В связи с изменением стоимости медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой страхования, изменить размер страховой суммы и произвести перерасчет размера страховой премии по Договору страхования.

8.3.4. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. Своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную Договором страхования страховую премию.

8.4.2. Предоставить Страховщику сведения, необходимые для заключения Договора страхования и оценки страхового риска согласно п. 7.1 Правил страхования.

8.4.3. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями Договора страхования, своевременно выдать им страховые полисы (страховые медицинские карточки), полученные от Страховщика (если такая выдача предусмотрена Договором страхования).

8.4.4. В период действия Договора страхования сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если такие изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (п.8.3.2 Правил страхования).

8.4.5. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача при получении медицинских и иных услуг и распорядок, установленный медицинской организацией.

8.5.2. Заботиться о сохранности страхового полиса (страховой медицинской карточки) и не передавать его (ее) другим лицам с целью получения ими медицинской помощи.

8.5.3. При утрате страхового полиса (страховой медицинской карточки) незамедлительно известить об этом Страховщика.

8.5.4. В период действия Договора страхования сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если такие изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (п.8.3.2 Правил страхования).

8.5.5. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования.

8.6.2. По требованию Страхователя разъяснять положения, содержащиеся в Договоре страхования и в настоящих Правилах страхования.

8.6.3. Своевременно выдать Страхователю для вручения Застрахованным лицам страховые полисы (страховые медицинские карточки) (если такая выдача предусмотрена Договором страхования).

8.6.4. Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, при наступлении страхового случая.

8.6.5. Организовать и оплатить предоставление медицинской услуги Застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае невозможности ее оказания в медицинской организации, предусмотренной Договором страхования.

8.6.6. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

8.6.7. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.7. Договором страхования могут быть предусмотрены другие права и обязанности Сторон, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов медицинских организаций за оказанные медицинские или иные услуги в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской организацией, либо в случае, предусмотренном п.9.2 Правил страхования, возмещает Застрахованному лицу (законному представителю несовершеннолетнего Застрахованного лица) его расходы, связанные с получением медицинских или иных услуг, определенных Договором страхования.

9.2. Застрахованное лицо (законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного лица) по предварительному согласованию со Страховщиком и/или в случаях, прямо предусмотренных Договором страхования, вправе самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные Договором страхования.

9.3. Для получения страховой выплаты в случае, предусмотренном п. 9.2 настоящих Правил, Страховщику представляются следующие документы:

- заявление на страховую выплату;

- договор страхования (индивидуальный страховой полис, страховая медицинская карточка);

- документы, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, определенных Договором страхования, а также факт и размер произведенных расходов (медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т.п.); копия договора об оказании медицинских услуг; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, копии рецептов на лекарственные средства (если их возмещение предусмотрено Программой страхования), копии чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного лица).

Страховщик вправе сократить перечень документов, указанных в п.9.3 настоящих Правил.

9.4. В случае, предусмотренном п.9.3 настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховую выплату либо направляет мотивированный отказ в страховой выплате получателю страховой выплаты в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения им последнего документа, необходимого для принятия такого решения, если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

9.5. По окончании действия Договора страхования Страховщик оплачивает медицинские услуги, связанные со стационарным лечением Застрахованного лица, начало которого относится к периоду действия Договора страхования до его завершения по медицинским показаниям (с учетом сроков по госпитализации, предусмотренных Программой страхования).

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, вытекающие из Договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, разрешаются Сторонами путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.