

## 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Договор страхования (Полис)** – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.
- 1.2. **Медицинские услуги (медицинская помощь)** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.
- 1.3. **Франшиза** – определенная условиями Договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.
- 1.4. **Персональные данные** – информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.
- 1.5. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.
- 1.6. **Страховая программа** – виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховая полис.
- 1.7. **Сервисный центр** – круглосуточный центр Страховщика или Сервисной компании, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями, и телефон которой указан в Договоре страхования.
- 1.8. **Медико-транспортная помощь** организуется Сервисным центром, с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного. Она организуется и проводится при отсутствии медицинских противопоказаний, после получения письменного разрешения из клиники, с указанием условий ее проведения. Сервисный центр на основании медицинских документов принимает решение о возможности проведения медицинской репатриации/эвакуации, ее дате, виде транспорта, положении Застрахованного при транспортировке, необходимости сопровождения и его виде (медицинское – врачом, фельдшером либо гражданским лицом), необходимость использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.
- 1.9. **Медицинская эвакуация** – перемещение Застрахованного из одного медицинского учреждения в другое, располагающее необходимым медицинским оборудованием/персоналом для оказания медицинской помощи Застрахованному в соответствии с его диагнозом и тяжестью состояния.
- 1.10. **Медицинская репатриация** – медицинская транспортировка с территории Российской Федерации до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта.
- 1.11. **Посмертная репатриация** – транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая. Страхованием покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе расходы на приобретение гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата ее проведения, определяются Сервисным центром. По желанию родственников, возможна кремация тела Застрахованного с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания не покрываются.
- 1.12. **Лечение** – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.
- 1.13. **Врач** – специалист с окончанным высшим медицинским образованием, подтвержденным соответствующими документами об образовании, не являющийся родственником Застрахованного.
- 1.14. **Предшествовавшие состояния** – любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующим на момент заключения Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.15. **Срок страхования** – период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

**Объектом страхования** является имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

## 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

**Страховым риском** признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

## 4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

4.1.1. **Страховщик** – СПАО «РЕСО-Гарантия», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

4.1.2. **Страхователь** – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

4.1.3. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане РФ или иностранные граждане, постоянно или временно проживающие/пребывающие на территории РФ. На страхование не принимаются граждане, госпитализированные на дату заключения договора (если Договором страхования не предусмотрено иное).

4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, аптечные, сервисные (ассистанские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

4.2.1. **Медицинские учреждения** – организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются (если применимо), привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

4.2.2. **Аптечные учреждения** – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе 11 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).

4.2.3. **Сервисные (ассистанские) учреждения** – специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

## 5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. **Страховым случаем** является:

5.1.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, диспансерной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен Договор страхования;

5.1.2. возникновение у Застрахованного лица или у его законных представителей непредвиденных расходов по медицинской или посмертной репатриации Застрахованного, вызванной несчастным случаем или заболеванием.

5.2. **Страховым случаем** не является и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:

5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в Договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

5.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

5.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

- 5.2.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
- 5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;
- 5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;
- 5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;
- 5.2.6. обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в СПАО «РЕСО-Гарантия».
- 5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:
- 5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;
- 5.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 5.3.4. стихийными бедствиями.
- 5.4. Не является страховым случаем событие, 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.
- 5.5. Страховым случаем не является и Страховщик не возмещает стоимость дополнительных услуг, которые могут возникнуть при транспортировке и/или репатриации Застрахованного:
- 5.5.1. расходы на связь с сервисным центром;
- 5.5.2. расходы по сопровождению Застрахованного третьими лицами (оплата транспорта, проживания, страхования, питания, услуг переводчика);
- 5.5.3. расходы по переводу документов, помеченных в п. 11.8, на русский язык.
- 5.6. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие вследствие:
- 5.6.1. отказа Застрахованного от медицинской репатриации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям и предложена Страховщиком (Сервисным центром) Застрахованному. В этом случае Страховщик не оплачивает все виды расходов, возникших с даты предполагаемой медицинской транспортировки и разрешенных медицинской документацией;
- 5.6.2. отказа Застрахованного на перевод/транспортировку в другую клинику или медицинскую эвакуацию, если эта транспортировка была разрешена врачом, и не было медицинских противопоказаний для ее проведения предложенным способом. С момента этого отказа Страховщик не покрывает дальнейшие расходы на медицинские и иные услуги.
- 6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА**
- 6.1. **Страховой суммой** является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования.
- 6.2. Размер страховой суммы устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в Договоре страхования.
- 6.3. **Страховой премией** является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.
- 6.4. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.
- 6.5. При определении размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету (Приложение № 6 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:
- 6.5.1. предоставления выписок из историй болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику;
- 6.5.2. предоставления удостоверения об инвалидности, при его наличии;
- 6.5.3. предоставления справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;
- 6.5.4. проведения за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления вышеперечисленных документов Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.
- 6.6. **Страховой тариф** представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении Договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц), применяет к базовым страховым тарифам (тарифным ставкам) повышающие или понижающие коэффициенты.
- 6.7. По соглашению Сторон, страховая премия в Договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае страховая премия уплачивается в рублях по установленному Договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день уплаты (перечисления)).
- 6.8. При заключении Договора страхования с применением нескольких страховых программ страховая премия определяется по каждой из включенных в Договор страхования страховых программ. Размер страховой премии по Договору страхования, включающему несколько страховых программ, определяется путем суммирования премий по этим программам.
- 6.9. Страховая премия по договорам страхования уплачивается одновременно либо в рассрочку в соответствии с условиями Договора страхования и в оговоренные договором сроки.
- 6.10. Страховая премия уплачивается:
- 6.10.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;
- 6.10.2. в наличной форме в кассу Страховщика.
- 6.11. Моментом уплаты страховой премии считается:
- 6.11.1. при безналичной оплате – день перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- 6.11.2. при оплате наличными средствами – день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) Страховщика.
- 6.12. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии одновременно или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) Договор страхования считается не вступившим в силу, т.е. у Страховщика не возникает обязательства по такому Договору страхования.
- 6.13. 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/ненадлежащим исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.
- 6.14. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная **франшиза**.
- 6.14.1. При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.
- 6.14.2. При **безусловной франшизе** обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.
- 6.14.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.
- 6.14.4. 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 отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.
- 6.15. Если Договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.
- 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 7.1. Договор добровольного медицинского страхования на основании настоящих Правил может быть заключен:
- 7.1.1. на бумажном носителе при обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор добровольного медицинского страхования.
- 7.1.1.1. Страховщик вправе предложить Страхователю заключить Договор страхования на определенных условиях, путем направления Страхователю Договора страхования в виде оферты. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается акцептом Страхователя, полученного Страховщиком в порядке и сроки, предусмотренные такой офертой.
- 7.1.2. при достижении обоюдного согласия сторонами такой Договор может быть подписан с использованием факсимильной печати и подписи Страховщика и Страхователя (их уполномоченных представителей), а также направлен по электронной почте и/или с использованием специальных зашифрованных каналов связи таких как, включая, но не ограничиваясь: VPN, FTP, FTPS, SFTP, API;
- 7.1.3. в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) Страховщика с одной стороны, и УКЭП Страхователя с другой стороны (если Страхователем является юридическое лицо), или акцептованного Страхователем (если Страхователем является физическое лицо) путем оплаты страховой премии в соответствии с п. 2 ст. 434 ГК РФ и статьи 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 через официальный сайт Страховщика ([www.reso.ru](http://www.reso.ru)).
- 7.2. При оформлении договора в стандартном порядке Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими Сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. Основанием для заключения такого Договора страхования является письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц. Также для заключения Договора страхования Страховщику (по его запросу) должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица.
- 7.3. Основанием для заключения Договора в электронном формате является соответствующее заявление Страхователя, созданное и отправленное Страховщику с использованием его официального сайта [www.reso.ru](http://www.reso.ru) в порядке, указанном в настоящих Правилах. Договор, оформленный электронным способом, считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.
- 7.3.1. На основании электронного запроса, изложенного в том числе в виде условия страхования и/или анкеты на сайте Страховщика, для заключения Договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpeg и т.д.).
- 7.3.2. Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме подписывается страхователем – физическим лицом простой электронной подписью или усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП), а страхователем – юридическим лицом – УКЭП.

- 7.3.3. При заключении Договора страхования Страховщик направляет Страхователю электронный страховой полис, заверенный УКЭП Страховщика. В соответствии с п. 1 ст. 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 УКЭП Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.
- 7.3.4. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями Договора страхования, выбранными им Программами страхования и настоящими Правилами. 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 Страховщика. 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 г. означает согласие Страхователя с заключением Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.
- 7.3.5. Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированные на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной Программе страхования, и на основе которых заключен Договор страхования, дополнительно включается в текст страхового полиса.
- 7.4. В случае необходимости, помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, для заключения Договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления дополнительных документов и сведений, указанных в п. 6.5 Правил.
- 7.5. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:
- наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
  - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
  - Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих Договор страхования, их полномочия;
  - страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
  - численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по Договору страхования;
  - список Застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
  - условия страхования;
  - срок действия Договора страхования;
  - размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
  - страховая сумма;
  - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
- 7.5.1. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:
- Ф.И.О. Страхователя;
  - домашний адрес и телефон Страхователя;
  - паспортные данные Страхователя;
  - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
  - Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего Договор страхования, его полномочия;
  - страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
  - список Застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору;
  - условия страхования;
  - срок действия Договора страхования;
  - размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
  - страховая сумма;
  - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
- 7.6. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.
- 7.6.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.
- 7.6.2. Страховая программа, являющаяся приложением к Договору страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.
- 7.7. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованному) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по Договору страхования.
- 7.7.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, Ф.И.О. Застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.
- 7.7.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение 7 (семи) рабочих дней после вступления Договора страхования в силу.
- 7.7.3. 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.
- 7.7.4. 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.
- 7.7.5. По согласованию Сторон сертификаты и иные документы могут передаваться Страховщиком Застрахованному в электронном виде посредством электронной почты, через мобильное приложение или Личный кабинет на веб-сайте Страховщика.
- 7.8. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в Договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.
- 7.9. 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 страховой полис либо сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 7.10. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 7.11. При заключении договора сроком менее одного года, а также при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:
- | Срок страхования, мес. | Процент от годовой страховой премии по страховой программе |
|------------------------|--|
| до 1 месяца            | - 30%  |
| от 1 до 2 месяцев      | - 40%  |
| от 2 до 3 месяцев      | - 50%  |
| от 3 до 4 месяцев      | - 60%  |
| от 4 до 5 месяцев      | - 65%  |
| от 5 до 6 месяцев      | - 70%  |
| от 6 до 7 месяцев      | - 75%  |
| от 7 до 8 месяцев      | - 80%  |
| от 8 до 9 месяцев      | - 85%  |
| от 9 до 10 месяцев     | - 90%  |
| от 10 до 11 месяцев    | - 95%  |
- При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный. При заключении Договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года, при этом неполный месяц считается за полный.
- 7.12. Договор страхования прекращается и Застрахованное лицо утрачивает право на получение медицинских услуг в случаях:
- 7.12.1. истечения срока действия;
- 7.12.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- 7.12.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и в определенном размере (с учетом положений п. 6.13 Правил);
- 7.12.4. смерти Страхователя – физического лица или Застрахованного лица;
- 7.12.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- 7.12.6. признания судом Договора страхования недействительным;
- 7.12.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.
- 7.13. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме условий, изложенных в п. 7.20 настоящих Правил.
- 7.14. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего Договора страхования и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же договору.
- 7.15. О намерении досрочного расторжения Договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.
- 7.16. В случае прекращения Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3 (трех) рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).
- 7.17. В случае прекращения Договора страхования, оформленного не в электронном формате, по требованию Страховщика последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной договором, исходя из следующих параметров:
- $$НСП = \frac{\sum_{i=1}^n Bз \times (1 - K_{ред})}{D_{опл}} \times D_k;$$
- |                  |   |  |
|------------------|---|--|
| НСП              | – | неиспользованная страховая премия;   |
| n                | – | количество оплаченных страховых взносов;   |
| D <sub>k</sub>   | – | число дней до окончания оплаченного периода;   |
| Bз               | – | сумма фактически оплаченных страховых взносов;   |
| K <sub>ред</sub> | – | коэффициент расходов на ведение дела (по умолчанию 20%, если иное не предусмотрено Договором страхования); |
| D <sub>опл</sub> | – | число дней оплаченного периода.  |

- 7.18. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные (заведомо ложные) сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц или иные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания недействительным Договора страхования в отношении этих лиц.
- 7.19. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить организацию и оплату медицинской и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) данных заболеваний, их последствий и осложнений.
- 7.20. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:
- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от договора до даты возникновения обязательств Страховщика по договору (далее – до даты начала действия страхования);
  - часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия договора, если Страхователь отказался от договора после даты начала действия страхования. В этом случае 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 добровольного страхования.
- Не подлежит возврату страховая премия, уплаченная в части рисков, предусматривающих оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и/или оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.
- Для целей реализации настоящего пункта 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 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора.
- Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора.
- В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил, положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.
- 8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА**
- 8.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренных Страховщиком в Договоре страхования.
- 8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п. 8.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.
- 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:
- 9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинскими и иными учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
- 9.1.2. ознакомиться с информационными материалами по Договору страхования в электронном виде через сайт Страховщика [www.reso.ru](http://www.reso.ru), интернет-ресурс «Личный кабинет» на сайте Страховщика [www.dms.reso.ru](http://www.dms.reso.ru) или Личный кабинет, расположенный в мобильном приложении RESO Mobile (далее – Личный кабинет).
- 9.1.3. осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования;
- 9.1.4. изменить численность Застрахованных лиц по Договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с представлением Страховщику необходимых сведений;
- 9.1.5. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком и уплатить дополнительную страховую премию;
- 9.1.6. досрочно прекратить Договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;
- 9.1.7. получать медицинские услуги в соответствии с условиями Договора страхования;
- 9.1.8. получить дубликат сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в случае его утраты;
- 9.1.9. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- 9.1.10. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;
- 9.1.11. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.
- 9.1.12. Получать информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика.
- 9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:
- 9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных Договором страхования;
- 9.2.2. при заключении Договора страхования предоставить Страховщику запрошенные им достоверные документы и сведения, влияющие на степень страхового риска;
- 9.2.2.1. при предварительном анкетировании: достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц;
- 9.2.2.2. при отсутствии анкетирования сообщить о следующих фактах состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование (при условии, что Страхователь располагает данной информацией):
- наличии I или II группы инвалидности;
  - наличии онкологических заболеваний, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета;
  - наркозависимости, алкоголизма;
- 9.2.3. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
- 9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;
- 9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;
- 9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
- 9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;
- 9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п. 9.4.7 в течение 5 (пяти) банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика;
- 9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их – Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;
- 9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п. 9.2.10 письменные согласия Застрахованных лиц.
- 9.3. Страховщик обязан:
- 9.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;
- 9.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;
- 9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;
- 9.3.4. в случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем субъекте Российской Федерации;
- 9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);
- 9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;
- 9.3.7. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
- 9.3.8. соблюдать тайну страхования;
- 9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика, в соответствии с п. 9.1.10 настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ;
- 9.3.10. предоставлять Страхователю/Застрахованному информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика.
- 9.4. Страховщик имеет право:
- 9.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;
- 9.4.2. досрочно расторгнуть Договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п. 9.2 настоящих Правил, если это предусмотрено действующим законодательством;
- 9.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения и компетентные органы о факте и причинах страхового случая. При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения, в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы, приостанавливается до момента получения ответа, но не более, чем на 30 (тридцать) дней с момента направления запроса, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него (либо 30-дневный срок, в зависимости, что наступит ранее) не включается в срок, предусмотренный пп. 11.4, 11.7.3 настоящих Правил;

- 9.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;
- 9.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;
- 9.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
- 9.4.7. предъявлять Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:
- 9.4.7.1. эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; ложный вызов врача на дом, неявка Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование; утеря страховых полисов или сертификатов (индивидуальных пластиковых карточек) и т. д.);
- 9.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестрогому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп. 5.2, 5.3 настоящих Правил);
- 9.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении услуг, указанных в п. 9.4.7.2 настоящих Правил;
- 9.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.
- 9.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и уплачивает дополнительную страховую премию за неистекший период страхования в соответствии с условиями Договора страхования.
- 9.5.1. По запросу Страхователя/Застрахованного, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, ознакомить с положениями Раздела 10, 11 настоящих Правил страхования.
- 10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**
- 10.1. Сервисный центр при наступлении страхового случая содействует в организации медицинской и иной помощи Застрахованному, информирует его о порядке предоставления этой помощи, дает рекомендации по дальнейшим действиям.
- 10.2. Для получения медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, Застрахованный (его Представитель) обязан:
- 10.2.1. Обратиться в Сервисный центр по круглосуточным телефонам, указанным в Договоре страхования, и сообщить следующую информацию:
- фамилию, имя, отчество Застрахованного;
  - дату рождения Застрахованного;
  - номер страхового полиса (Сертификата);
  - описать возникшую проблему, обстоятельства, жалобы, характер требуемой медицинской или иной помощи;
  - сообщить точное местонахождение Застрахованного – адрес, название учреждения, контактный телефон;
  - ответить на иные вопросы специалиста Сервисного центра.
- 10.2.2. Обратиться напрямую в медицинское учреждение для получения медицинской помощи, если это предусмотрено условиями Договора страхования или такое обращение предварительно согласовано Сервисным центром Страховщика.
- 10.2.3. Строго следовать инструкциям сотрудника Сервисного центра, согласовывать все свои действия.
- 10.2.4. Предъявить по требованию в медицинском учреждении страховой Полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность с фотографией, при получении услуг, организованных Сервисным центром.
- 10.2.5. Не давать в залог паспорт и иные документы; не давать расписки и не брать на себя обязательства по оплате медицинских услуг без согласования с Сервисным центром.
- 10.2.6. Оплатить сумму франшизы, если она предусмотрена Договором страхования.
- 10.2.7. Соблюдать предписания лечащего врача и порядок, установленный в медицинском учреждении.
- 10.2.8. При наступлении страхового случая дать согласие на медицинскую репатриацию в регион страны постоянного проживания, если, по мнению врача Сервисного центра, основанному на данных медицинских документов из медицинского учреждения, она возможна и необходима. Отказ Застрахованного дать это согласие влечет утрату прав Застрахованного на покрытие Страховщиком дальнейших расходов на его лечение и пребывание в клинике на территории временного пребывания. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие с даты предложенной медицинской репатриации в случае отказа Застрахованного от медицинской репатриации.
- 10.2.9. Подписать по указанию Сервисного центра документы, подтверждающие согласие Застрахованного на доступ Страховщика или его представителя к любой информации о состоянии его здоровья, оказанных медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов. Форма согласия представляется клиникой и/или Сервисным центром.
- 10.2.10. В отдельных случаях, когда невозможно организовать медицинские и иные услуги без оплаты на месте, и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Застрахованный сам оплачивает услуги, организованные Сервисным центром или предварительно согласованные с ним. После чего подает Страховщику документы для рассмотрения вопроса о страховом возмещении в порядке, определенном Правилами и Договором страхования.
- 10.2.11. Застрахованный (его Представитель) при невозможности обратиться в Сервисный центр в момент наступления страхового события (или носящем признаки такого) должен сделать это при первой возможности.
- 10.3. Страховщик не несет ответственности за качество оказанных медицинских услуг.
- 10.4. В случае самостоятельного обращения Застрахованного в медицинское учреждение для получения медицинских услуг без согласования с Сервисным центром Страховщик оставляет за собой право принять решение об отказе в компенсации или о степени участия последнего в урегулировании убытков по данному случаю.
- 10.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных Договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.
- 10.6. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/ Выгодоприобретателя). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается до получения ответа, но не более, чем на 30 дней с момента направления запроса, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него (либо 30-дневный срок, в зависимости, что наступит ранее) не включается в срок, предусмотренный п.11.4 настоящих Правил.
- 11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**
- 11.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 11.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные Договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефону, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
- 11.3. **Страховая выплата** – оплата стоимости медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими и/или иными учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и/или иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским и/или иным учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.
- 11.3.1. В случае, когда остатка страховой суммы по риску недостаточно для оплаты расходов Застрахованного, связанных со страховым случаем (например, стоимость репатриации превышает остаток страховой суммы), Страховщик возмещает Застрахованному, а в случае его смерти – законному представителю или оплачивает учреждению, понесшему реальные расходы по урегулированию страхового случая, часть расходов, равную величине оставшейся страховой суммы.
- 11.4. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15 (пятнадцати) дней с даты его получения, если Договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.
- 11.5. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.
- 11.5.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к Договору страхования.
- 11.5.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в Договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.
- 11.6. Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, если:
- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;
  - Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
  - медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
  - медицинские услуги не предусмотрены Договором страхования;
  - данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, а также вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
  - данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;
  - данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
  - это расходы по плановой госпитализации Застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.
- 11.7. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о страховой выплате в виде возмещения расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.



- 11.7.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными, если они соответствуют положениям конкретного Договора страхования, а также подтверждаются документами, перечисленными в пункте 11.8 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.
- 11.7.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 (девяносто) календарных дней после получения им медицинских услуг.
- 11.7.3. Возмещение производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.
- 11.7.4. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, Страховщик обязан:
- 11.7.5. принять их, но при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- 11.7.6. уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. Срок уведомления физических лиц – получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.
- 11.7.7. Если получателем возмещения расходов не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением, Страховщик вправе требовать предоставление документа, удостоверяющего личность получателя выплаты, а также доверенность от заявителя на получение возмещения. В этом случае срок принятия решения начинается течь не ранее получения Страховщиком данного документа.
- 11.8. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 11.7. настоящих Правил Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:
- 11.8.1. письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр;
- 11.8.2. страховой полис;
- 11.8.3. медицинская выписка Застрахованного из медицинского учреждения с указанием: фамилии, имени, отчества Застрахованного, даты рождения, истории заболевания, жалоб, диагноза при поступлении, перечня и результатов проведенных инструментальных и лабораторных обследований, проведенного лечения, динамики состояния, сроков лечения, рекомендациями, при стоматологической помощи необходимо указать, какие именно зубы подверглись лечению;
- 11.8.4. выписанные врачом рецепты на приобретение лекарственных препаратов, с указанием фамилии, имени, отчества Застрахованного и врача, название лекарственного препарата, количества, дозы и порядка применения, даты оформления рецепта;
- 11.8.5. направление на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- 11.8.6. счета медицинских и иных учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке с соответствующим штампом), с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты рождения, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с детализацией по дате и стоимости, а также общей суммы к оплате. Для рассмотрения вопроса о страховом возмещении от Застрахованного принимаются только оплаченные счета;
- 11.8.7. счета транспортных и иных компаний, услугами которых пользовался Застрахованный для организации медицинской помощи;
- 11.8.8. счета организаций, занимавшихся репатриацией (в том числе посмертной) Застрахованного с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- 11.8.9. документы, подтверждающие факт оплаты предоставленных счетов;
- 11.8.10. посадочные талоны;
- 11.8.11. проездные документы;
- 11.8.12. полицейский протокол и/или иной документ, его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью/смерти третьим лицам, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);
- 11.8.13. информационную карту с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным путем;
- 11.8.14. документы, подтверждающие родство с Застрахованным;
- 11.8.15. свидетельство о рождении, документ об опекуновстве при представлении интересов несовершеннолетнего/недееспособного лица;
- 11.8.16. документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисный центр;
- 11.8.17. подтверждение об обстоятельствах смерти (месте, причине и дате), месте захоронения;
- 11.8.18. выписка (эпикриз) из стационара в случае, если смерть наступила при нахождении в стационаре или в течение 10 (десяти) дней после госпитализации, и заверенная подписью и печатью медицинского учреждения;
- 11.8.19. медицинское заключение о смерти, свидетельство о смерти;
- 11.8.20. Договор с похоронной организацией на подготовку и транспортировку тела умершего (груз 200) урны, квитанции/чеки об оплате;
- 11.8.21. грузовая накладная и заявка отправителя о транспортировке тела (груза 200) урны;
- 11.8.22. документальное подтверждение о проведении бальзамирования/кремирования, стоимости услуги, квитанции/чеки об оплате;
- 11.8.23. документальное подтверждение о необходимости приобретения гроба/урны и иных расходных материалов для транспортировки тела/праха;
- 11.8.24. обоснование необходимости осуществления перевода паспорта Застрахованного на русский язык, квитанции/чеки об оплате перевода.
- 11.9. Прилагаемые медицинские и финансовые документы из медицинских и иных учреждений должны быть подлинными, оформленными на фирменном бланке учреждения, с указанием его названия, адреса, контактов, с соответствующими подписями и печатями.
- 11.10. Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь перевод на русский язык, заверенный нотариально или специализированной организацией, осуществляющей перевод документов с иностранных языков (бюро переводов). Расходы по сбору документов и их переводу оплачивает заявитель. Медицинские документы предоставляются в виде оригиналов, заверенных штампом и печатью лечебного учреждения, подписью врача с расшифровкой фамилии (подпись и печать врача), либо в виде копий, заверенных должностным лицом медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.
- 11.11. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.
- 11.12. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения всех необходимых документов рассматривает заявление на страховую выплату и по истечении этого срока:
- либо принимает решение о полной страховой выплате;
  - либо принимает решение о частичной страховой выплате (с письменным уведомлением Застрахованного/его Представителя);
  - либо отказывает в выплате страхового возмещения (с письменным уведомлением Застрахованного/его Представителя);
  - либо отсрочивает срок выплаты для проведения дополнительного расследования, в том числе сделав запросы на получение дополнительных документов, информации (с письменным уведомлением Застрахованного/его представителя).
- 11.13. Решение об отказе (частичном, полном) в страховом возмещении, а также об отсрочке принятия решения по данному случаю принимается Страховщиком на основании Правил и Договора страхования и сообщается Застрахованному/его Представителю в письменной форме с обоснованием причин отказа.
- 11.14. В случае принятия Страховщиком решения о полной или частичной страховой выплате в соответствии с п. 11.12 Страховщик производит выплату в течение 5 (пяти) банковских дней.
- 11.15. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:
- 11.15.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги;
- 11.15.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, а также с предоставлением самих медицинских услуг;
- 11.15.3. за лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в аптеках по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой;
- 11.15.4. за койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;
- 11.15.5. за услуги по комплексному диспансерному/профилактическому наблюдению Застрахованных в течение всего срока действия Договора страхования с целью своевременного выявления и профилактики различных заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний;
- 11.15.6. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени.
- 12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**
- 12.1. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.
- 12.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:
- 12.2.1. Застрахованным лицом – действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается;
- 12.2.2. Страхователем – физическим лицом Договор страхования прекращается полностью.
- 12.3. Действие Договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие Договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.
- 13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
- 13.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.
- 13.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.
- 13.3. Внесение изменений и дополнений в условия Договора страхования возможно по соглашению Сторон и оформляется в письменной форме.
- 14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
- 14.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в судебном порядке.
- 15. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ**
- Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
- При наличии разногласий между Страхователем/Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последних своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска Страхователь/Застрахованный направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержа-

нию, предусмотренные Правилами страхования (условиями Договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя/Застрахованного.

Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя/Застрахованного заявления о страховом случае.

Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Страхователь/Застрахованный должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными

к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

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

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

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

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