

# ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

## «Телемедицина\_МФО»

### Вариант № 2

*(настоящая программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа) разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан (типовых (единых)) №152 в редакции, действующей на момент заключения Договора)*

#### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В рамках настоящей Программы при наступлении предусмотренного договором страхового случая Страховщик организует и оплачивает оказание Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг в объеме, предусмотренном настоящей Программой.

**Страховым случаем** является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора и в период страхования\* в медицинскую и/или иную организацию, из числа предусмотренных настоящей Программой, для организации и оказания ему медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой.

\*Период страхования – период действия Договора по истечении срока действия временной франшизы.

Временная франшиза – период продолжительностью **15** календарных дней с даты вступления Договора в силу.

Выбор медицинской организации для оказания медицинских услуг в рамках Программы осуществляется Страховщиком из числа медицинских организаций, с которыми заключены соответствующие договоры.

По настоящей Программе могут быть застрахованы лица в возрасте от 1 года до 65 лет.

По настоящей Программе, в дополнение к Страхователю (он - же Застрахованное лицо) могут быть застрахованы - супруг/супруга/дети (всего не более 4 человек, включая Страхователя).

#### 2. ПРОГРАММА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПОМОЩИ/УСЛУГ

- 2.1. Информационно-консультационные услуги (Медсоветник)
- 2.2. Телемедицинские консультации
- 2.3. Лабораторная диагностика в объеме Карты здоровья «Здоровый Чекап»
- 2.4. Второе экспертное медицинское мнение

#### 3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

##### 3.1. Информационно-консультационные услуги (Медсоветник)

3.1.1. Телеконсультации с Медицинским консультантом (далее – Медконсультант) по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, в ходе которых Застрахованному лицу предоставляется информация:

- о наличии государственных и коммерческих медицинских организаций того или иного профиля в регионе/городе по запросу Застрахованного лица;
- о медицинской организации: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены на медицинские услуги;
- о медицинской организации для прохождения обследования;
- по базе лекарств и медикаментов – описание, противопоказания, полные инструкции;
- по выбору препарата в рамках одного действующего вещества, с учетом различных цен и производителей, по целесообразности замены выписанных врачом лекарств в случае, если какой-либо препарат снят с производства; если среди равнозначных лекарств существует значительная разница в ценах; если назначаемый препарат в данный момент отсутствует в аптеке города пребывания.

Консультации предоставляются в режиме 24/7/365, без ограничения по числу обращений в течение периода страхования.

##### 3.2. Телемедицинские консультации

3.2.1. Срочные телемедицинские консультации с дежурными врачами-терапевтами/педиатрами в режиме 24/7/365.

3.2.2. Первичные и повторные телемедицинские консультации врача-терапевта/педиатра и профильных врачей специалистов (невролог, гинеколог, гастроэнтеролог, эндокринолог, оториноларинголог, хирург, кардиолог, уролог, травматолог, аллерголог-иммунолог) по предварительной записи по расписанию врача.

3.2.3. Телемедицинские консультации проводятся без ограничений по числу обращений в течение

периода страхования по вопросам:

- состояния здоровья;
- результатов выполненных исследований;
- подготовки к планируемым исследованиям.

### **3.3. Лабораторная диагностика в объеме Карты здоровья «Здоровый Чекап» (для Застрахованных лиц от 18 лет)**

3.3.1. Лабораторная диагностика (однократно в течение срока действия Договора) в медицинской организации (лаборатории), с которой заключен соответствующий договор, включая:

- ✓ Общий анализ мочи (с микроскопией осадка)
- ✓ Клинический анализ крови: общий анализ крови, лейкоцитарная формула, СОЭ (Скорость Оседания Эритроцитов) (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов).

3.3.2. Инструментальная диагностика (однократно в течение срока действия Договора) в медицинской организации, с которой заключен соответствующий договор, включая:

- ✓ Рентген грудной клетки.

3.3.3. Телемедицинская консультация с врачом-терапевтом, выполняемая по предварительной записи в удобное для Застрахованного лица время.

Во время проведения дистанционной медицинской консультации врач проводит клиническую верификацию результатов исследований и составляет по ним клиничко-лабораторное заключение, направляемое Застрахованному лицу, которое содержит:

- описание проведенных исследований;
- перечень выявленных патологий/состояний;
- рекомендации по изменению образа жизни и питанию;
- рекомендации по дообследованию;
- рекомендации по дополнительным консультациям с профильными врачами специалистами.

### **3.4. Второе экспертное медицинское мнение**

3.4.1. Заочные консультации Застрахованного лица ведущими врачами-специалистами на основании предоставленной актуальной медицинской документации, по установленному клиническому диагнозу в случае необходимости уточнения или подтверждения диагноза с выдачей врачебного заключения.

3.4.2. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачами-специалистами, практикующими в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации, с учетом медицинской целесообразности, только на основании предоставленной Застрахованным лицом медицинской документации, без физического (очного) осмотра Застрахованного лица.

## **4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

4.1. Не признается страховым случаем обращение за получением медицинских и/или иных услуг:

4.1.1. Лица, не являющегося Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом страховых документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.

4.1.2. Лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4.1.3. Вне сроков действия договора страхования и периода страхования.

4.1.4. Не предусмотренных настоящей Программой.

4.1.5. В медицинские и иные организации, не предусмотренные настоящей Программой.

4.2. Не возмещаются Застрахованному лицу денежные средства, затраченные им на любые диагностические и лечебные мероприятия, очные консультации, а также другие расходы, включая стоимость предоставленных носителей информации, стоимость телефонных переговоров и т.д.

4.3. В случае экстренной ситуации, требующей вызова неотложных служб, консультации оказываются только в рамках информирования о порядке действий при экстренной ситуации, согласно законодательству РФ.

## **5. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Подробная информация о порядке регистрации и авторизации, порядке получения медицинских и (или) иных услуг, технических требованиях к средствам связи размещена на официальном сайте Страховщика по адресу: [www.rgs.ru/tmfo-moiservice](http://www.rgs.ru/tmfo-moiservice)

*Содержание Правил:*

- 1. Субъекты страхования.**
- 2. Объект страхования.**
- 3. Страховые случаи и страховые риски.**
- 4. Порядок определения страховой суммы.**
- 5. Срок страхования.**
- 6. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии, страхового взноса.**
- 7. Договор страхования - порядок его заключения, исполнения, прекращения, внесения в него изменений и дополнений.**
- 8. Права и обязанности сторон по Договору страхования.**
- 9. Порядок и условия оказания услуг Застрахованным и осуществления страховых выплат.**
- 10. Основания отказа в страховой выплате.**
- 11. Ответственность сторон.**
- 12. Порядок рассмотрения споров.**
- 13. Глоссарий – термины, используемые в Правилах.**

## **1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. В соответствии с законодательством РФ и на основании настоящих Правил страховое общество системы Росгосстраха (ПАО СК «Росгосстрах») (далее по тексту - Страховщик) заключает Договоры добровольного медицинского страхования граждан (далее по тексту - Договор страхования), в рамках которых организуют предоставление и оплату медицинских и иных услуг Застрахованным в соответствии с Перечнем медицинских и иных услуг, прилагаемому к настоящим Правилам (Приложение № 1). Настоящие Правила предназначены для определения содержания Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

1.2. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный.

1.3. Страховщик – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности по добровольному медицинскому страхованию.

1.4. Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться:

- российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ;
- физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.

1.5. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

1.6. Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РФ 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 СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ**

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.

3.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское или аптечное учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами<sup>1</sup> по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их, предоставляемыми Застрахованному в соответствии с Договором страхования или по дополнительному согласованию со Страховщиком путем оказания консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи.

3.2.1. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования:

3.2.1.1 в связи с острыми состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.2.1.2 в связи с получением травматического повреждения или возникновением иного патологического состояния, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

3.2.1.3. в связи с намеренным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

3.2.1.4. вызванное воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения, химической или биологической атак и их последствиями;

3.2.1.5. вызванное военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, террористическими актами, народными волнениями всякого рода или забастовками, стихийными бедствиями, чрезвычайными ситуациями природного или техногенного характера, экологическими катастрофами.

#### **4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ**

---

<sup>1</sup> Под иными услугами понимаются в том числе услуги по медикаментозному обеспечению, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, предоставляемые Застрахованному в соответствии с Договором страхования по медицинским показаниям.

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, определённая в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, и указывается в Договоре страхования.

4.3. Сумма страховых выплат по договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким договором размер страховой суммы, если иное не предусмотрено договором страхования.

## **5. СРОК СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

5.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

Если Договором страхования не предусмотрено иное, датой уплаты страховой премии считается:

- а) по договорам страхования, заключаемым с юридическими лицами – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или уплаты страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами Страховщику/представителю Страховщика;
- б) по договорам страхования, заключаемым с физическими лицами – в соответствии со статьей 37 Закона «О защите прав потребителей».

5.3. Страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, действует с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём вступления договора в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

## **6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, СТРАХОВОГО ВЗНОСА**

6.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

**6.2. Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том

числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

6.3. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска.

6.4. Страховые тарифы по Перечню медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования приведены в Приложении № 3 к настоящим Правилам. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом набора и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности, возраста и состояния здоровья (наличие хронических заболеваний, предсуществующих заболеваний и т.п.) Застрахованных, а также информации, указанной Застрахованным (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского освидетельствования, периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

6.5. При заключении Договора страхования с целью определения размера подлежащей уплате страховой премии (страхового взноса) Страховщик может предложить Застрахованному (Страхователю) заполнить анкету. Страховщик имеет право направить Застрахованного на прохождение предварительного медицинского освидетельствования в объеме, необходимом для определения условий Договора страхования. Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

6.6. При отказе Застрахованного от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении данного Застрахованного.

6.7. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия Договора страхования) или в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в Договоре страхования. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами Страховщику (его представителю) или перечислена на счет Страховщика (его представителя) путем безналичного расчета.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) путем безналичных расчетов признается, если иное не предусмотрено договором страхования, день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) наличными денежными средствами признается, если иное не предусмотрено договором, день уплаты страховой премии (страхового взноса) уполномоченному представителю Страховщика.

6.8. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя/Выгодоприобретателя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом в случае такого отказа Страхователя/Выгодоприобретателя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя (Выгодоприобретателя) Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить страхование (Договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

## **7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ - ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ**

7.1. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством РФ Договор страхования может включать изменения, дополнения к настоящим Правилам и/или исключения из них. При расхождении положений настоящих Правил с положениями Договора страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования, если это не противоречит законодательству РФ.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

7.2.1. Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя - юридического лица и потенциальных Застрахованных Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

а) Для физических лиц:

- документы, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;



- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;
- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России.

б) для юридических лиц резидентов РФ:

- свидетельства о регистрации;
- свидетельства о постановке на налоговый учет;
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе;

в) для юридических лиц нерезидентов:

- свидетельства о регистрации, выданного в стране регистрации;
- и свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации.

г) для индивидуальных предпринимателей:

- документы, перечисленные в подпункте а);
- свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя.

7.2.2. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальны и действующими на момент заключения Договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного.

7.2.3. В случае, если представленные документы не содержат информации, предусмотренной п. 7.7. настоящих Правил страхования, необходимой для оценки риска и принятия на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения договора страхования, а также проводить экспертизу представленных документов.

7.2.4. В случае отказа Страхователя от предоставления запрашиваемых документов и данных, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования, либо в принятии на страхование лица, в отношении которого запрошенные Страховщиком документы не были представлены.

7.3. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2. ст.179 ГК РФ.

7.4. Факт заключения Договора страхования удостоверяется путем подписания одного документа - Договора страхования и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса установленной формы, подписанного Страховщиком, с приложением согласованного сторонами объема, условий и порядка оказания медицинских и иных услуг из Перечня медицинских и иных услуг.

7.5. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

7.6. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком.

7.6.1. Договор страхования может содержать наборы медицинских и иных услуг из числа услуг, предусмотренных Перечнем медицинских и иных услуг в Приложении №1 настоящих Правил страхования. Набор медицинских и иных услуг по конкретному Договору страхования может определяться в Программе страхования, которая составляется на основании настоящих

Правил и Приложений к ним и может иметь оригинальное название. Договор страхования может предусматривать предоставление услуг по нескольким указанным Программам страхования.

7.6.2. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения набора заболеваний (состояний) из Перечня заболеваний и состояний (Приложение № 2), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, в том числе по включению в объем страхового покрытия обращений за получением услуг по заболеваниям/состояниям, перечисленных в п. 3.2.1.

7.7. Договор страхования должен содержать: для Страхователей - юридических лиц (Приложение № 4 к настоящим Правилам) - наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты Страховщика и Страхователя, список Застрахованных с указанием ФИО, даты рождения, адреса места жительства (регистрации) и телефона; для Страхователя - физического лица (Приложение № 5 к настоящим Правилам) - номер страхового полиса, ФИО, адрес места жительства (регистрации), паспортные данные и телефон Страхователя, список Застрахованных с указанием ФИО, адреса места жительства (регистрации), даты рождения, пола, паспортных данных и телефона; для всех Договоров страхования - срок действия Договора страхования, объект страхования, согласованный сторонами объем, условия и порядок оказания медицинских и иных услуг, перечень медицинских и иных учреждений, страховую сумму, размер страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате по Договору страхования, сроки и порядок ее внесения, условия и сроки вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ, условия.

7.8. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза.

При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу, однако возмещает их полностью, если размер убытка превышает размер франшизы.

При установлении в договоре страхования безусловной франшизы обязательства Страховщика определяются размером понесенных расходов на оказание Застрахованному медицинских и/или иных услуг, предусмотренных договором, за минусом франшизы.

Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

В Договоре страхования также могут быть установлены иные виды франшизы, в том числе 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.

7.9. Одновременно со страховым полисом (или с Договором страхования) Страхователю (Застрахованному) может вручаться страховая карта (пластиковая и т.п.) и, при необходимости, пропуск в медицинское или иное учреждение. Страховая карта является именным документом и содержит справочную информацию (серию и номер страхового полиса (страховой карты), начало и окончание срока действия Договора страхования, справочные телефоны медицинских и иных учреждений, контактные телефоны Страховщика).

7.10 Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать страховой полис (страховую карту) 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.

7.11. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса и/или страховой карты Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного) выписывает его дубликат. На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный страховой полис (страховая карта) считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг в соответствии с Договором страхования.

7.12. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования страховые полисы (страховые карты) возвращаются Страховщику в течение 3-х рабочих дней.

7.13. Договор страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение услуг по Договору страхования:

7.13.1. при истечении срока действия Договора страхования;

7.13.2. в случае смерти Застрахованного (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного) – в отношении соответствующего Застрахованного, если договор заключен в отношении более, чем одного Застрахованного;

7.13.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

7.13.4. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;

7.13.5. по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.13.6. по соглашению Сторон;

7.13.7. неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок (в соответствии с п. 6.8. настоящих Правил)

7.13.8. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ или настоящими Правилами.

7.14. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то Договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.15. Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит:

7.15.1. по окончании срока действия Договора страхования;

7.15.2. при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – юридического лица, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.15.3. при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – физического лица по истечении срока, установленного Указанием ЦБ РФ №3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», исчисляемого со дня его заключения, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.16. Возврат страховой премии (страховых взносов) при досрочном прекращении Договора страхования производится в соответствии с условиями Договора страхования, настоящими Правилами и законодательством РФ.

7.16.1. В случае отказа Страхователя – физического лица (за исключением иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности) от Договора страхования в течение срока, установленного Указанием ЦБ РФ №3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», исчисляемого со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования:

- в полном размере, при отказе от Договора до даты начала действия страхования;

- с удержанием страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия страхования, при отказе от Договора после даты начала действия страхования.

7.16.2. Договор страхования прекращает свое действие с 23 ч. 59 мин. даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от него.

7.17. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

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

7.19. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

7.20. Если после заключения Договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для Сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного Договора страхования.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ**

### **8.1. Страхователь имеет право:**

8.1.1. выбирать услуги из Перечня медицинских и иных услуг в любом их сочетании и наполнении, если это предусмотрено Договором страхования, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

8.1.2. по согласованию со Страховщиком изменять перечень страховых рисков, медицинских и иных учреждений, изменять набор медицинских и иных услуг, размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;

8.1.3. вносить изменения в список Застрахованных путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

8.1.4. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты;

8.1.5. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

### **8.2. Страхователь обязан:**

8.2.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

8.2.2. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах и о порядке предоставления медицинских и иных услуг;

8.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;

8.2.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

8.2.5. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

8.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

8.2.7. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.

### **8.3. Страховщик имеет право:**

8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

8.3.2. при заключении Договора страхования потребовать заполнения Страхователем (Застрахованным) анкет и/или проведения предварительного медицинского освидетельствования;

8.3.3. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

8.3.4. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования.

### **8.4. Страховщик обязан:**

8.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

8.4.2. выдать страховые полисы (страховые карты, пропуска в медицинские и иные учреждения) Застрахованным (непосредственно или через Страхователя) при заключении Договора страхования;

8.4.3. организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным в соответствии с Договором страхования;

8.4.4. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;

8.4.5. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

8.4.6. соблюдать тайну страхования.

### **8.5. Застрахованный имеет право:**

8.5.1. получать услуги в соответствии с Договором страхования;

8.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования о порядке предоставления медицинских и иных услуг;

8.5.3. выбирать любое медицинское и иное учреждение из числа указанных в Договоре страхования;

8.5.4. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

8.5.5. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты.

### **8.6. Застрахованный обязан:**

8.6.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;

8.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

8.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);

8.6.4. предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования;

8.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

**8.7.** Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством РФ, их законные представители.

**8.8.** В Договор страхования могут быть включены и иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РФ.

#### **8.9. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных**

Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты

поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

## **9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.**

9.1. Для получения услуг по Договору страхования, Застрахованный должен обратиться в медицинское и/или иное учреждение, предусмотренное Договором страхования, или предварительно к Страховщику по указанным им телефонам. При необходимости и в порядке, предусмотренном Договором страхования, до обращения в медицинское учреждение (фармацевтическую или иную организацию) Застрахованный может обращаться в ассистанскую компанию, сотрудничающую со Страховщиком, либо к иному лицу, предусмотренному Договором страхования для организации получения медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения).

Страховщик организует и/или оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иностранных государств, медицинскую помощь в объеме, определенном Договором страхования.

При организации и/или оплате медицинских услуг Страховщик имеет право запросить у Застрахованного лица необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения страхового случая.

9.2. Оказание услуг Застрахованному осуществляется при предъявлении им страхового полиса (страховой карты) и документа, подтверждающего личность Застрахованного, и, при необходимости, пропуска в медицинское или иное учреждение.

9.3. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг Застрахованным с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями, находящимися на территории РФ (резидентами или нерезидентами) и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники (включая зарубежные), аптечные учреждения, частнопрактикующих врачей и иные организации различных организационно-правовых форм, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

9.4. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, включая медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

9.5. Выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через



поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную)<sup>2</sup> организацию по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть организовано и оплачено Страховщиком также путем возмещения Застрахованному либо путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки.

Оплата стоимости медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения) может быть осуществлена на основании договора, заключенного в письменной форме в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Сроки и порядок принятия решения о страховой выплате и сроки осуществления страховой выплаты по договору страхования за оказанную медицинскую помощь или иные услуги Застрахованным, а также оплате лекарственных средств или изделий медицинского назначения определяется условиями договоров с медицинским и/или иными учреждениями, аптечными (или иными) организациями.

9.6. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Застрахованному наличными деньгами или перечислением на его счет. Сроки и порядок таких выплат определяются в соответствии с п. 9.7.5. настоящих Правил. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 9.7. настоящих Правил, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

9.7. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.6. настоящих Правил Застрахованный должен предоставить Страховщику заявление с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции или кассового чека, направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного или иного документа, подтверждающего факт и основание получения услуги.

9.7.1. Кроме вышеперечисленных документов представляются документы компетентных органов, свидетельствующие о произошедших событиях, на случай наступления которых осуществлялось страхование Застрахованного, если это указано в Договоре страхования.

9.7.2. Если медицинские или иные услуги были получены Застрахованным за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть представлены медицинские документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая, диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия и оказанные услуги с их стоимостью. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованный).

9.7.3. В случае, если представленные документы не содержат информации, предусмотренной вышеуказанными пунктами настоящих Правил страхования, необходимой для принятия решения о страховой выплате или определении ее размера, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем (Застрахованным) запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного обоснованного решения, а также проводить обоснованную экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

9.7.4. В случае отказа Страхователя (Застрахованного) от предоставления запрашиваемых

---

<sup>2</sup> Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения как в розницу, так и оптом.



документов, Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной предоставленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате.

9.7.5. Страховая выплата Застрахованному производится на основании страхового акта, технической экспертизы страхового случая (страхового акта), утвержденного Страховщиком.

Страховщик составляет и утверждает страховой акт в течение 20-ти рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка.

Страховая выплата производится Застрахованному в течение 15 рабочих дней после утверждения страхового акта Страховщиком.

9.8. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

9.9. Не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования; при этом Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия Договора страхования, и понесенные до момента устранения угрозы жизни Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.10. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия Договора страхования. При плановой госпитализации оплате подлежат услуги, предусмотренные договором страхования, оказанные Застрахованному до окончания срока действия Договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования; далее - за счет Страхователя (Застрахованного).

9.11. При установлении в Договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным) при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги, либо Страховщику в срок до 30 (тридцати) дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения от Страховщика уведомления об оплате последним оказанных услуг.

9.12. При страховании с валютным эквивалентом сумма страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим в течение действия Договора не может быть больше рублевого эквивалента страховой суммы по Договору, рассчитанной по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной валюты на дату осуществления страховой выплаты (списания), при условии, что курс иностранной валюты на дату осуществления страховой выплаты не превышает максимального курса иностранной валюты.

Если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком РФ на дату осуществления страховой выплаты (списания) превысит максимальный курс иностранной валюты, то страховая выплата рассчитывается по максимальному курсу иностранной валюты, согласованному при заключении Договора.

Под максимальным курсом иностранной валюты понимается курс иностранной валюты, установленный Центральным Банком РФ на дату уплаты (списания) страховой премии (первого страхового взноса), увеличенный на согласованный в Договоре сторонами процент за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

## **10. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ВЫПЛАТЫ**

- 10.1. У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения:
- 10.1.1. Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц;
  - 10.1.2. Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
  - 10.1.3. Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;
  - 10.1.4. Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами и/или договором страхования;
  - 10.1.5. Если заявленное событие наступило до момента заключения договора страхования;
  - 10.1.6. Если наступившие события и/или убытки исключены из страхования в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования;
  - 10.1.7. Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;
  - 10.1.8. Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 9 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК);
  - 10.1.9. Если убыток возмещен третьими лицами;
  - 10.1.10. В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков;
  - 10.1.11. Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного договора страхования.

10.2. Во всех случаях Страховщик не оплачивает медицинские и/или иные услуги, которые являются по характеру экспериментальными или исследовательскими или были оказаны по желанию Застрахованного, но вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

## **11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

### **11.1. Ответственность Страховщика.**

11.1.1. В случае необоснованного отказа медицинского учреждения, сервисной компании или иного учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных Договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного), принимает меры для организации предоставления необходимых услуг в объеме, предусмотренном Договором страхования.

11.1.2. Обоснованность претензий Застрахованного определяется экспертной комиссией, состоящей из представителей Страховщика, Страхователя (Застрахованного) и медицинского учреждения (сервисной компании или иного учреждения), а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

11.1.3. В случае причинения медицинским или иным учреждением вреда здоровью Застрахованного Страховщик принимает возможные меры в соответствии с законодательством РФ по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному.

### **11.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного.**

11.2.1. За необоснованный вызов Застрахованным (Страхователем) врача, бригады скорой и неотложной медицинской помощи, использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, нарушение лечебного режима, неявку без предварительного уведомления на заранее согласованные с медицинским или иным учреждением процедуры, приемы врачей и другие услуги Застрахованный (Страхователь) обязан возместить Страховщику

связанные с этим расходы, в том числе на оплату соответствующих штрафных санкций медицинскому или иному учреждению.

11.2.2. Вызов на дом врача, бригады скорой и неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

11.2.2.1. вызов осуществлен Страхователем (Застрахованным) для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

11.2.2.2. при вызове, осуществленном Застрахованным или иным лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания, экстренности оказания медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских услуг и пр.) и/или места пребывания Застрахованного;

11.2.2.3. вызов осуществлен не в медицинских целях.

11.3. В случае возмещения Страхователем (Застрахованным) Страховщику расходов, понесенных им в результате действий Страхователя (Застрахованного) в случаях, указанных в пунктах 9.11., 11.2.1. настоящих Правил, в течение 30 дней с момента выставления Страховщиком соответствующего счета, страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, не распространяется на страховые случаи, произошедшие по истечении указанного срока; кроме того, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по договору страхования, уведомив Страхователя о данном решении. В последнем случае возврат части страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, не производится.

11.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому Договору страхования становится невозможным.

11.5. При наступлении обстоятельств, предусмотренных п.11.4. настоящих Правил, каждая из Сторон обязана в течение семи рабочих дней письменно известить другую Сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями; а также принять все зависящие от нее меры к возможному выполнению обязательств по Договору страхования и согласовывает письменно изменение сроков или объема выполняемых услуг, то есть приемлемые альтернативные способы исполнения Договора страхования.

## **12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

12.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.

## **13. ГЛОССАРИЙ – ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ.**

*Страховщик* – страховое общество системы Росгосстраха (ПАО СК «Росгосстрах» - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

*Страхователь* – лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования в пользу третьих лиц или в свою пользу и обязанное уплатить страховую премию.

*Застрахованный* – физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

*Договор добровольного медицинского страхования* – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется в период действия Договора страхования при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по репатриации, а также иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере. Договоры страхования могут быть индивидуальными или коллективными.

*Страховая выплата* - оплата медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования.

*Программа добровольного медицинского страхования* (программа страхования) - набор медицинских и иных услуг из Перечня медицинских и иных услуг (Приложение №1 к настоящим Правилам), формирующийся для каждого Застрахованного при заключении Договора страхования, которые будут оплачены Страховщиком при наступлении страхового случая, а также перечень медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, где Застрахованный может получить медицинские и иные указанные в Договоре страхования услуги.

*Место жительства* – место, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

*Основное место работы* – организация, с которой Застрахованный состоит в трудовых отношениях на основании трудового договора (контракта).

*Медицинские учреждения* – имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, на территории Российской Федерации и за ее пределами, оказывающие в соответствии с договором со Страховщиком лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги) по добровольному медицинскому страхованию.

*Сервисные компании* - имеющие лицензию сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

*Аптечные учреждения* – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по лекарственному обеспечению и обеспечению изделиями медицинского назначения.

*Медицинские услуги* - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

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

*Лекарственное обеспечение* – организация и/или оплата отпуска и/или доставки

лекарственных средств, предусмотренных Договором страхования и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения, при возникновении у Застрахованного страхового случая, лекарственных средств, в том числе, путем отпуска лекарств из аптечных учреждений.

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

*Протезно-ортопедическая помощь* – оплата протезно-ортопедических изделий и услуг по их изготовлению и установке, а также медицинских услуг по реабилитации пациентов данного профиля.

*Иные услуги* - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Договор страхования, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

*Медико-транспортные услуги* – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного:

- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до профильного медицинского учреждения на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ и за рубежом по медицинским причинам (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного профильного медицинского учреждения на территории РФ.

Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством, включая при необходимости медицинский персонал и оборудование (в зависимости от определенных в Договоре страхования условий):

- для иностранных граждан – до транспортного узла, ближайшего к месту проживания Застрахованного или до врача, больницы, ближайшей к аэропорту места проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного либо
- до ближайшего транспортного узла на территории Российской Федерации, имеющего международное сообщение со страной постоянного проживания Застрахованного, либо

- в страну постоянного проживания при заболеваниях/состояниях, требующих сопровождения квалифицированным медицинским персоналом, с применением методов непрерывного интенсивного наблюдения и аппаратного управления жизненно-важными функциями организма, из места пребывания адекватным состоянию здоровья транспортным средством до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного.

- для граждан РФ - транспортировка Застрахованного лица из страны пребывания на территорию РФ адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшего медицинского учреждения для получения медицинской помощи (в зависимости от определенных в Договоре страхования условий);

- останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания останков Застрахованного или до транспортного узла на территории Российской Федерации, имеющего международное сообщение со страной постоянного проживания Застрахованного.