

ПРАВИЛА

добровольного медицинского страхования граждан (типовые (единые)) № 152

(утверждены Приказом ОАО «Росгосстрах» № 87 от 30.12.2005;

в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № П-12 от 18.01.2021)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил Публичное акционерное общество Страховая Компания «Росгосстрах» (ПАО СК «Росгосстрах») (далее по тексту – Страховщик) заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами (далее по тексту – Страхователи) договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Договор страхования).

1.2. По Договору страхования Страховщик берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление медицинских и (или) иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Программа), предусмотренной Договором страхования, и произвести оплату медицинских и (или) иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и в сроки, установленные Договором страхования.

По соглашению сторон медицинские и (или) иные услуги могут быть оказаны застрахованному лицу в медицинских и (или) иных организациях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств.

1.3. Настоящие Правила предназначены для определения содержания Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

1.4. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, застрахованное лицо.

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

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

- российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы;
- физические лица – граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью. В отношении Страхователя – физического лица, заключившего Договор страхования в свою пользу, действуют все положения настоящих Правил, касающиеся Застрахованных лиц.

1.7. На условиях настоящих Правил Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц – граждан РФ, иностранных граждан и лиц без гражданства.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВОЙ РИСК И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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. Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.3. Страховым случаем по настоящим Правилам является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями Договора страхования в период его действия и в период страхования в медицинскую и (или) иную организацию, из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, для организации и оказания ему медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой, по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного лица в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и иных состояний, требующих оказания медицинских и (или) иных услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Договором страхования может быть предусмотрено обращение Застрахованного лица для организации и оказания ему медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой, по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного лица в результате отдельных (конкретных) заболеваний, состояний Застрахованного лица, осложнений, возникших у Застрахованного лица в результате оказания медицинской помощи, применения лекарственных средств/препаратов.

3.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует предоставление медицинских и (или) иных услуг Застрахованному лицу, а также их оплату:

3.4.1. при обращении в медицинскую и (или) иную организацию за получением медицинских и (или) иных услуг, за исключением услуг, указанных в п. 3.4.2-3.4.3 настоящих Правил – до окончания срока действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования;

3.4.2. при обращении за получением медицинских и (или) иных услуг в условиях стационара (экстренная госпитализация) – до момента выписки из стационара, если иное не предусмотрено Договором страхования;

3.4.3. если это предусмотрено Договором страхования – до момента доставки тела до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

3.5. Объем медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком по Договору страхования, указывается в Программе, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

Программы, прилагаемые к Договору страхования, предусматривают конкретный перечень медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

В Программу, прилагаемую к Договору страхования, могут быть включены все или отдельные из медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных в Приложении № 1 к настоящим Правилам.

Из Программы, прилагаемой к Договору страхования, могут быть исключены все или отдельные медицинские и (или) иные услуги из числа указанных в Приложении № 1 к настоящим Правилам, а также все или отдельные заболевания / состояния из числа указанных в Приложении № 2 к настоящим Правилам.

3.6. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать Программы к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц).

3.7. Страховщик вправе присваивать Программам, составленным в соответствии с настоящими Правилами и имеющим однотипные условия, определенные маркетинговые наименования.

3.8. Перечень медицинских и (или) иных организаций, в которые Застрахованное лицо может обратиться при наступлении страхового случая, а также порядок организации медицинских и (или) иных услуг излагаются в Программе или в отдельных приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования.

3.9. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и (или) иных услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования:

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

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

3.9.3. в связи с намеренным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного лица, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

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

3.9.5. 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.

3.10. Не признается страховым случаем:

3.10.1. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и (или) иных услуг, не предусмотренных Договором страхования и (или) Программой;

3.10.2. получение Застрахованным лицом без согласования со Страховщиком медицинских и (или) иных услуг в медицинских и (или) иных организациях, не предусмотренных Договором страхования;

3.10.3. получение медицинских и (или) иных услуг лицами, не являющимися застрахованными.

4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

4.1. Страховой суммой является установленная Договором страхования денежная сумма, на основании которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Размер страховой суммы устанавливается в Договоре страхования по соглашению между Страхователем и Страховщиком исходя из перечня медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой.

4.3. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключаемому на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким Договором страхования размер страховой суммы.

Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – ограничения по размеру страховых выплат по отдельным видам медицинских и (или) иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям медицинских услуг – процедур, койко-дней и т.п.).

4.4. Страховые суммы указываются:

4.4.1. в российских рублях;

4.4.2. в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – «страхование в эквиваленте»).

5. ФРАНШИЗА

5.1. По соглашению Страховщика и Страхователя Договором страхования может быть предусмотрена франшиза. Франшиза может устанавливаться:

- в определенном проценте от страховой суммы,

- в абсолютном выражении,

- путем установления в договоре определенного периода («временная франшиза»).

5.2. В соответствии с условиями Договора страхования франшиза может быть условной (Страховщик не производит страховую выплату если стоимость оказанных медицинских и (или) иных услуг, подлежащих оплате Страховщиком, не превышает сумму франшизы, но производит страховую выплату в полном объеме если стоимость оказанных медицинских и (или) иных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям Договора страхования, превышает сумму франшизы) и безусловной (размер франшизы всегда вычитается из стоимости оказанных медицинских и (или) иных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям Договора страхования).

5.3. При установлении в договоре страхования «временной франшизы» не подлежат оплате Страховщиком медицинские и (или) иные услуги, обращение Застрахованного лица за получением которых произошло в течение определенного в договоре страхования периода с даты вступления договора страхования в силу.

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.

Страховая премия устанавливается в рублях или в иной валюте, эквивалентной определенной сумме в рублях («страхование в эквиваленте»). При установлении страховой премии в иностранной валюте (условных единицах) страховая премия (страховой взнос) фиксируется и уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной валюты на дату заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.2. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы, устанавливаемая с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера. 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 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 (или) иных услуг, медицинских и (или) иных организаций, зон покрытия, региона пребы-

вания, характера производственной деятельности, возраста и состояния здоровья (наличие хронических заболеваний, предсуществующих заболеваний и т.п.) Застрахованных лиц, а также информации, указанной Застрахованным лицом (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 лицу (Страхователю) заполнить анкету. Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо 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 медицинской организации, имеющей соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

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

6.6. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно (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.

6.6.1. 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.

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

6.7. 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 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). В случае такого отказа Страхователя 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 направляет Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как последний день срока уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом уплаченная не в полном размере часть страховой премии (соответствующего страхового взноса) возвращается Страхователю, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон. Даты начала и окончания срока действия Договора страхования указываются в Договоре страхования.

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

7.3. Страхование, обусловленное Договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, действует с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем вступления Договора страхования в силу, если в Договоре страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

8.1. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством Российской Федерации 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 Российской Федерации.

8.2. 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.).

8.2.1. Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя – юридического лица и потенциальных Застрахованных лиц, 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:

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

в) для юридических лиц нерезидентов:

- свидетельство о регистрации, выданное в стране регистрации;
- свидетельство о присвоении кода иностранной организации, выданное в стране регистрации.

г) для индивидуальных предпринимателей:

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

8.2.2. Страхователь, при заключении Договора страхования, по требованию Страховщика также предоставляет следующие документы и сведения:

- документы, удостоверяющие личность Страхователя, его представителя. Если для заключения Договора страхования обращается представитель Страхователя, то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание Договора страхования;
- сведения о количестве Застрахованных лиц, их ФИО, адреса, даты рождения, данные документов, удостоверяющих личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- данные о Застрахованных лицах, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень в соответствии с п. 6.5. настоящих Правил;
- согласия Страхователя и (или) Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории, включающих данные, составляющие врачебную тайну (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия).

8.2.3. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальными и действующими на момент заключения Договора страхования, либо приняты на страхование Застрахованного лица. Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений.

8.2.4. Если представленные документы не содержат информации, 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.

8.2.5. 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.

8.2.6. 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 страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2. ст. 179 ГК РФ.

8.3. Договор страхования может быть заключен (ст.ст. 434, 438 и 940 ГК РФ):

8.3.1. Путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

8.3.2. Путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (свидетельства, сертификата), подписанного Страховщиком. Согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных документов со всеми приложениями, указанными в них.

8.3.3. Путем отправки Страхователю текста Договора страхования (страхового полиса), являющегося офертой, с помощью электронных технических средств для заключения Договора страхования на условиях, указанных в Договоре страхования (страховом полисе) и его приложениях и акцепта указанной оферты Страхователем. Уплата Страхователем страховой премии (или первого страхового взноса) в срок, указанный в Договоре страхования (страховом полисе), подтверждает принятие Страхователем Договора страхования (страхового полиса) со всеми приложениями, указанными в Договоре страхования (страховом

полисе), а также согласие (акцепт) заключить Договор страхования на условиях, указанных в Договоре страхования (страховом полисе) и его приложениях.

8.3.4. В виде электронного документа, в т.ч. с использованием специализированного программного обеспечения.

8.4. Приложения к Договору страхования могут быть вручены Страхователю, в т.ч. путем информирования его об адресе размещения их на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сайт Страховщика), путем направления файла, содержащего текст приложения к Договору страхования, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD-диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст приложений к Договору страхования, а также через личный кабинет Страхователя на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

В случае если приложения к Договору страхования были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, это не освобождает Страхователя (Застрахованное лицо) от обязанностей, которые предусмотрены Договором страхования (приложениями к Договору страхования). Страхователь имеет право в любой момент действия Договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста Договора страхования (приложений к Договору страхования) на бумажном носителе, а Страховщик обязан вручить (направить) указанные документы.

8.5. 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.

8.6. При заключении Договора страхования Страхователю (Застрахованным лицам) может вручаться страховая карта (пластиковая и т.п.), условия страхования, информационные материалы об условиях страхования и, при необходимости, пропуск в медицинскую и (или) иную организацию. Страховая карта является именным документом и содержит справочную информацию (серию и номер страхового полиса, начало и окончание срока действия Договора страхования, контактные телефоны Страховщика, иную справочную информацию).

Если в Программу Застрахованного лица включена возможность получения медицинских и (или) иных услуг за пределами Российской Федерации (п. 1.2. настоящих Правил), в дополнение к Договору страхования (страховому полису) ему может быть вручен страховой полис специального образца.

Страхователю (Застрахованному лицу) запрещается передавать страховой полис (страховую карту) другому лицу с целью получения им медицинских и (или) иных услуг по Договору страхования.

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

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

8.7. Договор страхования прекращается и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору страхования:

8.7.1. при истечении срока действия Договора страхования;

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

8.7.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме, в том числе в отношении соответствующего Застрахованного лица, если Договор страхования заключен в отношении более чем одного Застрахованного лица;

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

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

8.7.6. по соглашению Сторон;

8.7.7. в случае 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. 6.7. настоящих Правил);

8.7.8. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или настоящими Правилами.

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

8.8.1. по окончании срока действия Договора страхования;
8.8.2. при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя – юридического лица, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.8.3. 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.

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

Договор страхования прекращает свое действие с 23 ч. 59 мин. даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от него, если в письменном заявлении не указана иная дата. При этом дата, указанная в заявлении, не может быть ранее даты отправления заявления посредством почтовой связи, указанной на почтовом штемпеле (при отправке заявления по почте).

8.9.1. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.9.2. 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, уплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования:

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

8.10. 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.

8.11. 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.

8.12. 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.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и (или) иных услуг, определенных Программой, при наступлении страхового случая;

9.1.2. в течение срока действия Договора страхования обратиться к Страховщику с предложением изменить объем медицинских и (или) иных услуг, предусмотренный Программой, перечень медицинских и (или) иных организаций, размер страховой суммы, срок действия Договора страхования;

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

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в сроки и в размере, предусмотренные Договором страхования;

9.2.2. обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении Договора страхования, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительных включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в Список Застрахованных лиц. По требованию Страховщика предоставить анкету и (или) результаты проведения

предварительного медицинского освидетельствования до принятия Застрахованного лица на страхование;

9.2.3. ознакомить Застрахованных лиц с условиями Договора страхования;

9.2.4. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, адреса места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства;

9.2.5. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и (или) его представителю письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и (или) иные услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, включая данные, составляющие врачебную тайну, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования;

9.2.6. в период действия Договора страхования незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными обстоятельствах, которые могут повлиять на увеличение страхового риска, в частности, о выявлении у Застрахованного лица заболеваний, состояний, повышающих вероятность обращения за оказанием медицинских и (или) иных услуг, установление Застрахованному лицу инвалидности.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий Договора страхования;

9.3.2. не оплачивать медицинские и (или) иные услуги в случаях, когда событие не является страховым;

9.3.3. передавать полученную от Страхователя и (или) Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и (или) иные организации с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования;

9.3.4. при заключении Договора страхования потребовать заполнения Страхователем (Застрахованным лицом) анкет и (или) проведения предварительного медицинского освидетельствования.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. по требованию Страхователя (Застрахованного лица), дополнительно разъяснить положения, содержащиеся в Договоре страхования и Правилах страхования;

9.4.2. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и (или) иных услуг в объеме, предусмотренном Программой, согласно условиям Договора страхования;

9.4.3. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и (или) иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями Договора страхования и Программой;

9.4.4. обеспечить Застрахованных лиц (непосредственно или через Страхователя) индивидуальными страховыми полисами, страховыми картами, пропусками в медицинские и (или) иные организации, если это предусмотрено Договором страхования;

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

9.4.6. соблюдать тайну страхования.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. требовать организации предоставления медицинских и (или) иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования и Программой;

9.5.2. сообщать Страховщику о случаях непредоставления медицинских и (или) иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг по Договору страхования;

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

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и (или) иных услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинской и (или) иной организацией, условия Программы;

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

9.6.3. предоставлять Страховщику и (или) его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и (или) иных организаций для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования.

9.7. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении Договора страхования. Конфиденциальными сведениями по Договору страхования признаются: сведения о Застрахованных лицах, сведения о факте обращения Застрахованного лица за медицинскими и (или) иными услугами, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации,

признанной по Договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.8. Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение медицинских и (или) иных услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляются от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством Российской Федерации, их законные представители.

9.9. В Договор страхования могут быть включены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9.10. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных

Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя с целью исполнения Страховщиком обязательств по заключенному Договору страхования, комплексно включающую в себя:

- организацию медицинских и (или) иных услуг;
- урегулирование убытков по Договору страхования;
- проверку качества оказания страховых услуг;
- администрирование Договора страхования;
- информирование Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные (включая регистрационные данные паспорта, адрес регистрации), адрес проживания, сведения о месте работы, профессии, занимаемой должности, контактный телефон, адрес электронной почты, сведения о состоянии здоровья, диагнозе, факте обращения за медицинскими и (или) иными услугами, месте оказания медицинских и (или) иных услуг, виде, условиях и их стоимости.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также иные действия в соответствии со ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» 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 согласие с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подтверждая получение настоящих Правил, 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 порядке и в срок, предусмотренные законодательством РФ, за исключением обработки персональных данных, осуществление которой допускается без согласия субъекта персональных данных, в т.ч. обработка в целях исполнения Страховщиком договора страхования.

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

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Страховая выплата по Договору страхования определяется стоимостью медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, но не более страховой суммы и лимитов ответственности, установленных по Договору страхования в отношении данного Застрахованного лица, за вычетом франшизы, установленной Договором страхования, и осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости, оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг непосредственно или через поверенного, агента, комиссионера в медицинскую и (или) иную организацию. Оплата медицинских и (или) иных услуг производится на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ,

выставленных Страховщику медицинской и (или) иной организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

Сроки и порядок принятия решения о страховой выплате и сроки осуществления страховой выплаты по Договору страхования за оказанные медицинские и (или) иные услуги Застрахованным лицам определяются условиями договоров, заключенных между Страховщиком и медицинскими и (или) иными организациями.

10.2. По согласованию со Страховщиком возможно возмещение расходов, понесенных Страхователем, Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица, наследниками (в случае смерти Застрахованного лица), иными лицами, понесшими расходы за Застрахованное лицо) по оплате медицинских и (или) иных услуг, оказанных непосредственно Застрахованному лицу, наличными денежными средствами или безналичным перечислением на расчетный счет. Сроки и порядок таких выплат определяются в соответствии с п. 10.3.7. настоящих Правил. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 10.3. настоящих Правил, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

10.3. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 10.2. настоящих Правил Страхователь, Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, наследники (в случае смерти Застрахованного лица), иные лица, понесшие расходы за Застрахованное лицо) должно в течение 30-ти дней со дня оказания медицинских и (или) иных услуг (если иной срок не предусмотрен Договором страхования), предоставить Страховщику, способом, предусмотренным Договором страхования (перечень предоставляемых документов может быть сокращен Страховщиком в зависимости от конкретного страхового случая):

- а) Заявление на возмещение расходов, по форме Страховщика.
- б) Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- в) Документ, удостоверяющий личность получателя возмещения расходов.
- г) Документ, подтверждающий полномочия законного представителя Застрахованного лица, не достигшего 18 лет (документ, удостоверяющий родство с Застрахованным лицом (свидетельство о рождении), документ, удостоверяющий статус опекуна (попечителя)).
- д) Свидетельство о праве на наследство, если получателем возмещения расходов являются наследники Застрахованного лица.
- е) В случае смерти Застрахованного лица копия Свидетельства о смерти, выданного органом ЗАГС.
- ж) Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица, наследников (в случае смерти Застрахованного лица) на осуществление возмещения расходов лицу, понесшему расходы за Застрахованное лицо.
- з) Выписка банковских реквизитов получателя возмещения расходов из банка.
- и) Направление на лечение.
- к) Выписку из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, или иного документа, подтверждающего факт получения медицинских услуг.
- л) Выписку из истории болезни, выданную организацией, в которой осуществлялось реабилитационно-восстановительное лечение (санаторно-курортное лечение).
- м) Копию санаторно-курортной путевки или иного документа, подтверждающего получение реабилитационно-восстановительного лечения (санаторно-курортного лечения), заверенного в установленном порядке.
- н) Для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг – реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости.
- о) Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств/препаратов – оригиналы или копии рецептов, оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства/препараты.
- п) Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:
 - при оперативном лечении – оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе);
 - при амбулаторном лечении – оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий.
- р) Для возмещения стоимости оплаченных иных услуг, услуг по репарации – оригиналы или копии документов, подтверждающих факт обращения Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) за оказанием Застрахованному лицу иных услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости.
- с) Один из документов, подтверждающий факт оплаты медицинских и (или) иных услуг:
 - счет (товарная накладная, реестр услуг), заверенные печатью медицинской и (или) иной организации, с указанием ее наименования; Ф.И.О.

пациента; перечня, даты, количества, стоимости оказанных услуг;

- кассовый чек;
- квитанцию на бланке строгой отчетности (за исключением квитанций, выписанных индивидуальным предпринимателем).

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

10.3.2. Документы, указанные в пунктах 10.3., 10.3.1. настоящих Правил, должны быть составлены на русском языке, надлежащим образом заверены. Документы на иностранном языке представляются вместе с нотариально заверенным переводом на русский язык. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Застрахованное лицо (получатель страховой выплаты).

10.3.3. В случае предоставления копий документов, Застрахованное лицо (получатель страховой выплаты) по требованию Страховщика обязан предоставить оригиналы таких документов (если оригиналы документов могут быть у заявителя в силу закона), в т.ч. в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью и надлежащим образом заверенные копии (если оригиналы документов не могут быть у заявителя в силу закона).

10.3.4. Во всех справках и выписках из медицинских организаций обязательно должен быть указан диагноз, полные фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, дата рождения или возраст Застрахованного лица, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинской организации. Копии медицинской документации (медицинских карт) должны быть заверены главным врачом, заместителем главного врача по лечебной работе, по клинично-экспертной работе, председателем врачебной комиссии, начальником медицинской части или другим уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинской организации.

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

10.3.6. В случае отказа Застрахованного лица (получателя страховой выплаты) от предоставления запрашиваемых документов, Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной предоставленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате.

10.3.7. Страховая выплата производится на основании 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 в течение 15 рабочих дней после утверждения страхового акта Страховщиком.

10.4. Страховщик проверяет соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора страхования и Программы, сроки предоставления услуг, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Застрахованного лица.

10.5. Не оплачиваются Страховщиком медицинские и (или) иные услуги, оказанные Застрахованному лицу после окончания срока действия Договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных п. 3.4.2.-3.4.3 настоящих Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.6. При установлении в Договоре страхования франшизы часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом) при получении услуг непосредственно организации, которая 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.

10.7. При страховании «в эквиваленте» сумма страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим в течение срока действия Договора страхования не может быть больше рублевого эквивалента страховой суммы по Договору страхования, рассчитанной по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной валюты на дату оплаты медицинских и (или) иных услуг (для валют из Перечня иностранных валют, официальные курсы которых по отношению к рублю устанавливаются Банком России). Для иностранных валют,

не включенных в указанный Перечень, страховые выплаты производятся по курсу, представленному в информационных системах Reuters (www.reuters.com) или Bloomberg (www.bloomberg.com), на дату составления страхового акта.

Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения Договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении Договора страхования.

Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется исходя из максимального курса для выплат.

10.7.1. В случае если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории, включающих данные, составляющие врачебную тайну, или отозвало его, либо отказалось предоставить (отозвало) согласие на передачу медицинской организацией Страховщику информации об оказанных Застрахованному лицу медицинских услугах, установленных диагнозах, и в результате данных действий Страховщик не может установить обстоятельство и (или) причины обращения Застрахованного лица за получением медицинских и (или) иных услуг, ознакомиться с записями в медицинской документации, а также установить объем подлежащих оплате медицинских и (или) иных услуг, то такие действия признаются Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от услуг по добровольному медицинскому страхованию в отношении данного Застрахованного лица в рамках Договора страхования, и данные услуги не подлежат оплате Страховщиком.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

11.1. 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.

11.2. При наступлении обстоятельства, предусмотренных п. 11.1. 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 исполнению обязательств по Договору страхования и согласовывать 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 Российской Федерации.

13. ГЛОССАРИЙ – ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ

Медицинские и иные организации:

- организации, имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность: лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;

- организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования;

- организации, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения.

Медицинская помощь – первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Лекарственная помощь – обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами/препаратами и (или) изделиями медицинского назначения.

Иные услуги – все или отдельные услуги, из числа указанных в Приложении №1 к настоящим Правилам, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу.