Общество с ограниченной ответственностью
"Крымская первая страховая компания"

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО "КПСК"

Кондрашов Андрей Александрович

"31" марта 2022 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА (ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ), НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(Приказ от 31.03.2022 № 17)

1. Общие положения. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые случаи
4. Страховая сумма. Лимиты ответственности. Франшиза
5. Страховая премия
6. Договор страхования. Заключение и оформление. Порядок взаимодействия при обмене информацией
7. Вступление в силу и срок действия договора страхования
8. Порядок прекращения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Страховые выплаты
11. Разрешение споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью "Крымская первая страховая компания" (ООО "КПСК"), именуемое далее "Страховщик", заключает с юридическими лицами, независимо от их организационно-правовой формы, дееспособными физическими лицами (в том числе физическими лицами, зарегистрированными в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя), именуемыми далее "Страхователи", договоры добровольного медицинского страхования иностранных лиц и лиц без гражданства (трудовых мигрантов), находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – договор страхования).

1.2. Страхователи – юридические лица заключают договоры страхования в пользу указанных в договоре страхования физических лиц (в дальнейшем – Застрахованные лица).

Страхователи – физические лица вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу других физических лиц (в дальнейшем – Застрахованные лица).

В отношении Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в свою пользу, действуют все положения настоящих Правил, касающиеся Застрахованных лиц.

Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лица, далее именуется коллективным договором страхования.

1.3. Застрахованным лицом по настоящим Правилам является указанное в договоре страхования дееспособное физическое лицо – иностранный гражданин или лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности или осуществляющее трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

1.4. В настоящих Правилах используются следующие термины и определения:

1.4.1. **Программа добровольного медицинского страхования** – перечень медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая и оплачиваемых Страховщиком, и порядок их предоставления, а также перечень исключений из страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора страхования (вручается Страхователю с договором страхования либо включается в его текст).

1.4.2. **Медицинские услуги** – медицинская помощь и лекарственная помощь, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования и (или) договором страхования.

1.4.3. **Медицинская помощь** – первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь.

1.4.4. **Экстренная медицинская помощь** (медицинская помощь в экстренной форме) – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица.

1.4.5. **Неотложная медицинская помощь** (медицинская помощь в неотложной форме) – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица.

1.4.6. **Плановая медицинская помощь** (медицинская помощь в плановой форме) – медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью.

1.4.7. **Лекарственная помощь** – обеспечение Застрахованного лица лекарственными

препаратами и (или) изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу и назначенными врачом медицинской организации, в рамках программы добровольного медицинского страхования.

1.4.8. **Иные услуги**:

а) транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной медицинской организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

б) услуги по посмертной репатриации останков в случае смерти Застрахованного лица – возвращению останков Застрахованного лица из Российской Федерации до ближайшего международного аэропорта, вокзала или порта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо.

1.4.9. **Медицинские и иные организации**:

– имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинские и иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;

– учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения;

– специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования.

1.5. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Российской Федерации.

1.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение Правил и сами Правила вручены Страхователю в порядке, предусмотренном п. 6.8.1 настоящих Правил.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг в объеме, предусмотренном договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в договоре страхования и (или) программе добровольного медицинского страхования.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

3.2. По настоящим Правилам страховым случаем является предусмотренное договором страхования совершившееся событие из числа указанных в п.п. 3.2.1, 3.2.2 настоящих Правил:

3.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую или иную организацию, из числа согласованных Страховщиком или предусмотренных договором страхования, или к Страховщику в порядке, предусмотренном договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, для организации

и оказания ему медицинских услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг;

3.2.2. возникновение в течение срока страхования необходимости организации и оказания иных услуг Застрахованному лицу, предусмотренных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.3. Датой наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.2 настоящих Правил, признается:

3.3.1. дата обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию – при обращении за организацией и (или) оказанием медицинской помощи;

3.3.2. дата обращения Застрахованного лица в учреждение, осуществляющее фармацевтическую деятельность, за получением лекарственной помощи, назначенной врачом медицинской организации в течение срока страхования;

3.3.3. дата обращения Застрахованного лица в учреждение, реализующее изделия медицинского назначения, за получением изделий медицинского назначения, назначенных (выписанных) врачом медицинской организации в течение срока страхования;

3.3.4. дата обращения Застрахованного лица или иного лица в интересах Застрахованного лица, в медицинскую или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания иных услуг в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует и оплачивает предоставление медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, Застрахованному лицу в период:

3.4.1. до окончания срока страхования, – если осуществлялось обращение в медицинскую или иную организацию за получением медицинских и (или) иных услуг, за исключением услуг, указанных в п.п. 3.4.2, 3.4.3 настоящих Правил;

3.4.2. до момента выписки из стационара – если осуществлялось обращение за получением медицинских услуг в условиях стационара или, если смерть Застрахованного лица произошла в стационаре, – до момента смерти Застрахованного лица;

3.4.3. до момента окончания транспортировки Застрахованного лица, – если договором страхования прямо предусмотрены услуги согласно пп. "а" п. 1.4.8 настоящих Правил;

3.4.4. до момента доставки останков Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта, вокзала или порта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо, – если договором страхования прямо предусмотрены услуги согласно пп. "б" п. 1.4.8 настоящих Правил.

3.5. Положения п. 3.4.2 настоящих Правил применяются также в случае, если обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг в условиях стационара произошло в течение срока страхования (то есть дата госпитализации в стационар должна быть ранее даты окончания срока страхования), но на дату окончания срока страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания ему медицинских услуг в условиях стационара.

При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в договоре страхования.

3.6. Объем медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, а также объем медицинских и (или) иных услуг, обращение за которыми и оказание которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком, указывается в договоре страхования и (или) в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора

страхования.

Программа добровольного медицинского страхования может быть составлена из:

3.6.1. Базовых условий, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Кроме того, Базовые условия предусматривают:

– обеспечение лекарственными препаратами, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, используемыми медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи;

– обеспечение медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

– оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

Базовые условия включаются в программу добровольного медицинского страхования в обязательном порядке. При этом не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком случаи, указанные в п.п. 3.7 – 3.9 настоящих Правил.

3.6.2. Дополнительных условий, включаемых в программу добровольного медицинского страхования по соглашению Страховщика и Страхователя, кроме случаев, указанных в п.п. 3.7 – 3.9 настоящих Правил:

а) получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в базовую программу обязательного медицинского страхования;

б) получение Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

в) транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

г) услуги по репатриации останков в случае смерти Застрахованного лица. Под репатриацией останков понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта, вокзала или порта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо. Данная услуга включает в себя подготовку к репатриации и транспортировку. Репатриация останков Застрахованного лица осуществляется в соответствии с международными стандартами. Данная услуга не включает в себя сопровождение останков Застрахованного лица во время перевозки, организацию похорон, траурной церемонии, погребения, поминальной трапезы, установки надгробных сооружений, услуг по подготовке тела в соответствии с религиозными обычаями;

д) получение Застрахованным лицом экстренной стоматологической помощи, предусмотренной программой добровольного медицинского страхования;

е) оформление и выдача медицинской документации.

По соглашению сторон договор страхования может быть заключен с включением в программу добровольного медицинского страхования всех или отдельных услуг,

предусмотренных п. 3.6.2 настоящих Правил.

3.6.3. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать Условия страхования, Программы добровольного медицинского страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие программы добровольного медицинского страхования, Условия страхования излагаются в договоре страхования либо прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

3.6.4. Страховщик вправе присваивать программам добровольного медицинского страхования, Условиям страхования, составленным в соответствии с настоящими Правилами, определенные маркетинговые наименования.

3.7. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию с целью получения медицинских и (или) иных услуг, а также возникновения необходимости организации и оказания иных услуг:

3.7.1. в связи с патологическими состояниями, отравлениями и (или) травмами, возникшими у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.7.2. в связи с получением травматического повреждения или иного нарушения здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

3.7.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.7.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.7.5. в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой (B03[1]), полиомиелитом (A80), малярией (B50 – B54), тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС) (U04)). Не оплачиваются медицинские и иные услуги в связи с заболеванием из числа указанных в настоящем пункте 3.7.5 после постановки диагноза данного заболевания;

3.7.6. в связи с заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

Код заболеваний по МКБ-10[2]	Наименование заболеваний
B20 – B24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
A90 – A99	вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
B65 – B83	гельминтозы
B16; B18.0; B18.1	гепатит B
B17.1; B18.2	гепатит C
A36	дифтерия
A50 – A64	инфекции, передающиеся преимущественно половым

[1] Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

[2] Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

	путем
A30	лепра
B50 – B54	малярия
B85 – B89	педикулез, акариаз и другие инфестации
A24	сап и мелиоидоз
A22	сибирская язва
A15 – A19	туберкулез
A00	холера
A20	чума
B34.2	коронавирусная инфекция (2019-nCoV)

Не оплачиваются медицинские и иные услуги в связи с заболеванием из числа указанных в настоящем пункте 3.7.6 после постановки диагноза данного заболевания;

3.7.7. в связи со следующими заболеваниями:

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
C00 – C97	злокачественные новообразования
E10 – E14	сахарный диабет
F00 – F99	психические расстройства и расстройства поведения

Не оплачиваются медицинские и иные услуги в связи с заболеванием из числа указанных в настоящем пункте 3.7.7 после постановки диагноза данного заболевания;

3.7.8. в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица (O00 – O99);

3.7.9. в связи с оказанием Застрахованному лицу высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;

3.7.10. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (включая стоматологическую медицинскую помощь) в плановой форме;

3.7.11. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.7.12. в связи с получением Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.7.13. в связи с репатриацией останков в случае смерти Застрахованного лица, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.7.14. в связи с транспортировкой Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением

медицинского оборудования, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.7.15. в связи с приемами, консультациями и манипуляциями врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по ортодонтической стоматологии и имплантологии;

3.7.16. в связи с применением общего наркоза при оказании стоматологической помощи;

3.7.17. в связи с лечением некариозных поражений зубов; глубоким фторированием зубов; восстановление коронковой части зуба с помощью штифтов;

3.7.18. в связи с зубопротезированием и подготовкой к нему, включая перелечивание корневых каналов, удаление кист, удаление и депульпирование зубов и прочие подготовительные работы; имплантация зубов.

3.7.19. в связи с оказанием услуг в профилактических и косметических целях: герметизация фиссур, химическое, лазерное и другое отбеливание зубов, реставрация зубных рядов, косметическое восстановление зубов; замена старых пломб без медицинских показаний;

3.7.20. в связи с ортодонтическими видами лечения;

3.7.21. в связи с лечением пародонтоза, хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта, в том числе открытый кюретаж; шинирование зубов при заболеваниях тканей пародонта; аппаратное лечение (в том числе на аппарате "Вектор").

3.8. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию за медицинскими и (или) иными услугами:

3.8.1. если Застрахованным лицом получены медицинские и (или) иные услуги, не предусмотренные договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования;

3.8.2. если Застрахованным лицом получены медицинские и (или) иные услуги в медицинских и (или) иных организациях без их согласования Страховщиком и (или) не предусмотренных договором страхования;

3.8.3. если медицинские и (или) иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;

3.8.4. если Застрахованным лицом получены медицинские услуги, не назначенные лечащим врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы добровольного медицинского страхования.

3.9. В соответствии со статьей 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и (или) иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

3.9.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.9.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.9.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.10. Договором страхования может быть предусмотрено условие, что не являются страховыми случаи обращения Застрахованного лица за всеми или отдельными медицинскими и (или) иными услугами, произошедшие в течение определенного в договоре страхования периода ("временная франшиза").

Временная франшиза устанавливается только в отношении услуг, предусмотренных п. 3.6.2 настоящих Правил.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА

4.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, на основании которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

Страховой суммой является предельная сумма оплаты медицинских и иных услуг (страховых выплат) при наступлении страховых случаев в соответствии с условиями договора

страхования.

При этом страховые суммы по Базовым и Дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования устанавливаются отдельно.

4.2. Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя, исходя из предполагаемого перечня и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования.

По Базовым условиям программы добровольного медицинского страхования страховая сумма устанавливается в размере не менее 100 000 (ста тысяч) рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования.

По Дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

4.3. Договором страхования устанавливается "уменьшаемая" страховая сумма, которая рассчитывается как разность страховой суммы (по Базовым или Дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования) на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (по Базовым или Дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования соответственно) (далее – "агрегатная страховая сумма").

4.4. Договором страхования в отношении Дополнительных условий программы добровольного медицинского страхования в пределах страховой суммы могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – предельные суммы страховых выплат по отдельным видам медицинских и (или) иных услуг. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям дополнительных услуг и т.п.).

По Базовым условиям программы добровольного медицинского страхования лимиты ответственности Страховщика не устанавливаются.

4.5. Страховые суммы указываются в российских рублях.

4.6. По соглашению Страховщика и Страхователя договором страхования может предусматриваться установление франшизы в отношении услуг, предусмотренных п. 3.6.2 настоящих Правил.

4.6.1. Франшиза может устанавливаться:

а) в определенном проценте от страховой суммы;

б) в определенном проценте от страховой выплаты;

в) в абсолютном выражении;

г) путем установления в договоре определенного временного периода ("временная франшиза").

4.6.2. По пп. "а" – "в" п. 4.6.1 настоящих Правил франшиза может быть безусловной и условной, что прямо указывается в договоре страхования.

4.6.3. Безусловная франшиза предусматривает, что размер франшизы всегда вычитается из страховой выплаты, определяемой в соответствии с Разделом 10 настоящих Правил и (или) условиями договора страхования.

4.6.3.1. Безусловная франшиза может быть установлена способами, указанными в пп. "а" – "в" п. 4.6.1 настоящих Правил.

4.6.3.2. В случае установления безусловной франшизы способами, указанными в пп. "а" – "в" п. 4.6.1 настоящих Правил, страховые выплаты, стоимость которых не превышает сумму безусловной франшизы, оплате Страховщиком не подлежат.

4.6.4. Условная франшиза означает, что Страховщик не производит страховую выплату, если ее размер не превышает размера условной франшизы. Если размер страховой выплаты, определенной в соответствии с Разделом 10 настоящих Правил и (или) условиями договора страхования, превышает размер условной франшизы, то страховая выплата производится в полном объеме.

4.6.4.1. Условная франшиза может быть установлена способами, указанными в пп. "а" – "в" п. 4.6.1 настоящих Правил.

4.6.5. При установлении в договоре страхования "временной франшизы" не подлежат оплате Страховщиком медицинские и (или) иные услуги, обращение Застрахованного лица за оказанием которых произошло в течение определенного в договоре страхования периода "временной франшизы".

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования.

5.2. Страховой тариф является ставкой страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.3. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком на основании базовых страховых тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие условия страхования.

5.4. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

Страховая премия уплачивается Страховщику в порядке (единовременно или в рассрочку) и в сроки, предусмотренные договором страхования, наличными денежными средствами или безналичным перечислением.

Под уплатой страховой премии (страховых взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (страховых взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

Уплата страховой премии при заключении договора страхования с использованием "финансовой платформы" (п. 6.11.1.2 настоящих Правил) осуществляется в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Уплата страховой премии при заключении договора страхования с использованием "мобильного приложения цифровой платформы" (п. 6.11.1.3 настоящих Правил) осуществляется в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

5.4.1. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса) Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем считается:

– дата, указанная в документе, подтверждающем получение Страховщиком (представителем Страховщика) страховой премии (страхового взноса) – при уплате наличными денежными средствами;

– дата поступления страховой премии (страхового взноса) на корреспондентский счет банка Страховщика (представителя Страховщика), если платеж проведен через банк Страхователя, или расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика), если оплата проведена через банк, который обслуживает Страхователя и Страховщика (представителя Страховщика) – при уплате путем безналичного расчета.

5.4.2. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса) Страхователем – физическим лицом считается:

– при уплате наличными денежными средствами – дата внесения наличных денежных средств Страховщику либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;

– при уплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета – дата внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;

– при уплате путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов – дата подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией.

При уплате страховой премии (страхового взноса) по договору страхования, заключаемому в форме электронного документа с использованием "сайта/мобильного приложения" (п. 6.11.1.1 настоящих Правил) или "финансовой платформы" (п. 6.11.1.2 настоящих Правил), "мобильного приложения цифровой платформы" (п. 6.11.1.3 настоящих Правил) обслуживающей Страхователя кредитной организацией считается организация, осуществляющая оказание услуг интернет-эквайринга.

5.4.3. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

Если иное не предусмотрено договором страхования или отдельным соглашением между Страхователем и Страховщиком, информирование осуществляется любым из способов, предусмотренных в п. 6.11.3 настоящих Правил.

5.4.4. При заключении договора страхования в форме электронного документа с использованием "сайта/мобильного приложения" (п. 6.11.1.1 настоящих Правил), "финансовой платформы" (п. 6.11.1.2 настоящих Правил), "мобильного приложения цифровой платформы" (п. 6.11.1.3 настоящих Правил) Страхователь оплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и в настоящих Правилах.

5.5. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

В случае неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в сроки, предусмотренные договором, Страховщик имеет право:

5.5.1. в отношении Дополнительных условий программы добровольного медицинского страхования – уменьшить объем страховой ответственности (страховую сумму, перечень оказываемых услуг) по согласованию со Страхователем в соответствии с уплаченной частью страховой премии или применить последствия, указанные в п. 8.3 настоящих Правил, если договором страхования не предусмотрено иное;

5.5.2. в отношении Базовых условий программы добровольного медицинского страхования – применить последствия, указанные в п. 8.3 настоящих Правил, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.6. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличными денежными средствами Страховщик обязан выдать Страхователю документ, предусмотренный действующим законодательством Российской Федерации, подтверждающий уплату.

5.7. Страхователь обязан сохранять документ, подтверждающий уплату им страховой премии (страхового взноса), и предъявлять их по требованию Страховщика.

5.8. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОФОРМЛЕНИЕ. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОБМЕНЕ ИНФОРМАЦИЕЙ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик за установленную договором страхования

страховую премию, уплаченную Страхователем, берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования.

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя, или в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для заключения договора страхования (контракта) по итогам участия в конкурсных процедурах, а также документов и сведений, необходимых в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования.

Договор страхования может быть заключен при участии страхового агента или страхового брокера деятельность которых регулируется действующим законодательством Российской Федерации.

Заявление на страхование, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования.

6.2.1. Страхователь при заключении договора страхования по требованию Страховщика предоставляет документы (их копии, заверенные надлежащим образом) и сведения из числа следующих:

6.2.1.1. документы, удостоверяющие правоспособность и идентифицирующие юридическое лицо / представителя юридического лица (действующего на основании Устава) / бенефициарного владельца юридического лица / индивидуального предпринимателя – Страхователя:

а) для юридического лица / индивидуального предпринимателя – резидента Российской Федерации:

- учредительные документы;

– документы о государственной регистрации в качестве юридического лица/индивидуального предпринимателя (свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц / Лист записи Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей);

– свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;

– сведения о лицензии (серию и номер, дату выдачи, срок действия (при наличии));

– сведения о адресе места нахождения постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица – иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица);

– контактную информацию (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты (при наличии));

б) для юридического лица/индивидуального предпринимателя – нерезидента Российской Федерации:

– документ, признаваемый в Российской Федерации в соответствии с международным соглашением документом, удостоверяющим статус данного лица;

– документы, свидетельствующие о регистрации юридического лица/индивидуального предпринимателя в качестве налогоплательщика с указанием регистрационного номера, идентификационного номера налогоплательщика или кода иностранной организации;

– контактную информацию (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты (при наличии));

6.2.1.2. документы, удостоверяющие личность и идентифицирующие физическое лицо – Страхователя:

– документ, признанный в соответствии с законодательством Российской Федерации документом, удостоверяющим личность;

– документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без

гражданства на пребывание в Российской Федерации;

– информацию о адресе места жительства (регистрации) или адресе места пребывания на территории Российской Федерации;

– контактную информацию (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

6.2.1.3. документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, и документы, подтверждающие его полномочия на подписание письменного заявления и (или) договора страхования;

6.2.1.4. сведения о количестве Застрахованных лиц и их данные: Фамилия, Имя, Отчество (последнее – при наличии), гражданство (при наличии), пол, адрес места жительства (регистрации) или адрес пребывания на территории Российской Федерации, дата рождения, вид и данные документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

6.2.1.5. данные о Застрахованном лице, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень, в том числе сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

До заключения договора страхования для оценки страхового риска Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем результатов медицинского осмотра (обследования) лица, принимаемого на страхование, с целью оценки фактического состояния его здоровья. Расходы по прохождению медицинского осмотра (обследования) несет Страховщик;

6.2.1.6. предложения по включению в программу добровольного медицинского страхования Дополнительных условий из числа указанных в п. 3.6.2 настоящих Правил;

6.2.1.7. о размере страховой суммы на каждое Застрахованное лицо;

6.2.1.8. о сроке, на который заключается договор страхования, исходя из предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента;

6.2.1.9. согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну), если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия;

6.2.1.10. медицинское заключение лица в отношении которого заключается договор страхования: о наличии или отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, предусмотренных актуальным перечнем, утверждаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации или федеральным законом, по форме, установленной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;

6.2.1.11. сведения и документы, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования (Страхователя, Застрахованного лица, представителя Страхователя), бенефициарного владельца Страхователя.

При проведении идентификации Страхователь предоставляет сведения (документы) в отношении Страхователя, Застрахованного лица, представителя Страхователя, бенефициарного владельца Страхователя, необходимые для проведения их идентификации Страховщиком, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" и принимаемыми на его основе нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными актами Банка России.

6.2.2. Все представляемые Страховщику документы и сведения должны быть актуальными и действующими на момент подачи заявления на страхование.

Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при заключении договора страхования.

6.3. Страховщик рассматривает заявление и иные предоставленные Страхователем материалы, проводит оценку страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен договор страхования.

6.3.1. В случае если представленные вышеуказанные документы не содержат информации, необходимой для определения вероятности наступления страхового риска, а также не позволяют установить достоверность информации, сообщенной Страхователем, провести идентификацию Страхователя (Застрахованного лица), представитель Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, в частности содержащие сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, необходимые для заключения договора страхования.

6.4. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

6.5. Договор страхования со Страхователем может быть заключен:

6.5.1. или в виде бумажного документа:

6.5.1.1. при непосредственном обращении к Страховщику (его представителю) с письменным или устным заявлением о намерении заключить договор страхования;

6.5.1.2. в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для заключения договоров (контрактов) по итогам участия в конкурсных процедурах (если договор страхования заключается по результатам участия в конкурсных процедурах);

6.5.2. или в виде электронного документа:

6.5.2.1. с использованием "сайта/мобильного приложения";

6.5.2.2. с использованием "финансовой платформы" или "мобильного приложения цифровой платформы" (только для Страхователей – физических лиц, осуществляется в порядке, предусмотренном правилами оператора финансовой платформы, правилами цифровой платформы);

6.5.2.3. в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для заключения договоров (контрактов) по итогам участия в конкурсных процедурах (если договор страхования заключается по результатам участия в конкурсных процедурах).

6.6. При заключении договора страхования в подтверждение факта его заключения Страховщик оформляет для Застрахованного лица именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования в пользу Застрахованного лица – индивидуальный страховой полис.

6.6.1. Индивидуальный страховой полис изготавливается с соблюдением установленных мер защиты полиграфической продукции.

6.6.2. К договору страхования, заключенному в виде электронного документа, положение п. 6.6.1 настоящих Правил не применяется.

6.6.3. В случае заключения договора страхования в отношении двух и более Застрахованных лиц ("коллективный договор страхования") страховщик оформляет договор страхования с приложением Списка Застрахованных лиц с указанием сведений, необходимых для их идентификации в соответствии с требованием действующего законодательства Российской Федерации, программы добровольного медицинского страхования, и выдает для каждого Застрахованного лица индивидуальный страховой полис.

6.7. Особенности заключения договора страхования в виде электронного документа при наличии соответствующей технической возможности:

6.7.1.1. При заключении договора страхования Страхователь путем заполнения полей соответствующих форм, размещенных на странице "сайта/мобильного приложения", сайте "финансовой платформы", и (или) проставления специальных отметок на странице "сайте/мобильного приложения", сайте "финансовой платформы", и (или) загрузки

электронных документов и (или) электронных копий документов":

– сообщает сведения, необходимые для заключения договора страхования, и сведения о лицах, указываемых в договоре страхования;

– размещает документы, необходимые для заключения договора страхования (п. 6.2 настоящих Правил) в виде электронных документов или электронных копий документов;

– оформляет согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) (для Страхователей – физических лиц);

– подтверждает факт ознакомления с настоящими Правилами и (или) Условиями страхования, программой добровольного медицинского страхования, Памяткой получателю страховых услуг, иными документами и информацией, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации. В последнем случае ознакомление с документами и информацией осуществляется предусмотренным законодательством Российской Федерации способом.

6.7.1.2. При заключении договора страхования с использованием "мобильного приложения цифровой платформы" Страхователь, выбирая Страховщика и заполняя поля соответствующих форм, размещенных на странице официального сайта Страховщика, и (или) проставляя специальные отметки на странице официального сайта Страховщика, и (или) загружая электронные документы и (или) электронные копий документов на странице официального сайта Страховщика:

– сообщает сведения, необходимые для заключения договора страхования, и сведения о лицах, указываемых в договоре страхования;

– размещает документы, необходимые для заключения договора страхования (п. 6.2 настоящих Правил) в виде электронных документов или электронных копий документов;

– оформляет согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) (для Страхователей - физических лиц);

– подтверждает факт ознакомления с настоящими Правилами и (или) Условиями страхования, программой добровольного медицинского страхования, Памяткой получателю страховых услуг, иными документами и информацией, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации. В последнем случае ознакомление с документами и информацией осуществляется предусмотренным законодательством Российской Федерации способом.

6.7.1.3. Соответствие электронных копий документов и (или) электронных документов оригиналу данного документа может подтверждаться, в том числе, проставлением специальных отметок на форме загрузки электронных копий документов или электронных документов о подтверждении указанного соответствия.

Страховщик вправе запросить у Страхователя оригиналы (копии) документов, предоставленных в виде электронных копий документов и (или) электронных документов, на бумажном носителе, оформленные в порядке, предусмотренном в п. 10.4 настоящих Правил, которые должны быть предоставлены Страховщику в срок, указанный в запросе.

6.7.2. Если иной порядок не предусмотрен действующим законодательством Российской Федерации, заявление на страхование в электронной форме подписывается Страхователем – юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписью, Страхователем – физическим лицом – простой электронной подписью.

6.7.3. Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования, Условиях страхования к нему, программе добровольного медицинского страхования, настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

6.7.4. Договор страхования с физическим лицом, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком

условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса).

6.7.5. Договором страхования может быть предусмотрено размещение электронного образца индивидуального страхового полиса в личном кабинете Застрахованного лица на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера, при наличии у Застрахованного лица личного кабинета.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик предоставляет распечатанные на бумажном носителе и заверенные им копии электронных документов без взимания дополнительной платы.

6.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в порядке, предусмотренном п. 6.8.1 настоящих Правил.

6.8.1. Вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил страхования, Условий страхования, программы добровольного медицинского страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

Правила, Условия страхования, программа добровольного медицинского страхования могут быть:

а) изложены в договоре страхования либо на его оборотной стороне;

б) приложены к договору страхования как его неотъемлемая часть;

в) приведены в договоре страхования в виде ссылки на адрес размещения таких Правил, Условий страхования, программы добровольного медицинского страхования на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет";

г) направлены Страхователю в виде соответствующего файла на указанный Страхователем адрес электронной почты;

д) вручены Страхователю на электронном носителе информации.

6.8.1.1. Вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил, Условий страхования, программы добровольного медицинского страхования, в том числе на электронном носителе информации, удостоверяется записью в договоре страхования.

В случае доведения до Страхователя Правил, Условий страхования, программы добровольного медицинского страхования согласно пп. "в", "г" п. 6.8.1 настоящих Правил Страхователь, уплачивая страховую премию (первый страховой взнос), подтверждает, что ознакомлен и согласен с условиями, содержащимися в договоре страхования, Правилах, Условиях страхования, программе добровольного медицинского страхования, и добровольно заключил этот договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

При заключении договора страхования в виде электронного документа факт ознакомления Страхователя с настоящими Правилами, Условиями страхования, программой добровольного медицинского страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на странице "сайта/мобильного приложения" или сайта "финансовой платформы", или на странице официального сайта Страховщик (при оформлении договора страхования с использованием "мобильного приложения цифровой платформы").

6.9. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

6.10. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

При изменении договора страхования обязательства сторон считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора страхования.

6.11. Обмен информацией между Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом при заключении, исполнении, изменении, досрочном прекращении договора

страхования может осуществляться в бумажной и электронной форме в соответствии с положениями настоящих Правил и (или) Условий страхования, договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

6.11.1. Электронная форма обмена информацией при заключении, исполнении, изменении, досрочном прекращении договора страхования в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, может осуществляться следующими способами при наличии соответствующей технической возможности:

6.11.1.1. с использованием официального сайта Страховщика, страхового агента, страхового брокера, в том числе личного кабинета на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера, на специальных страницах официального сайта Страховщика, страхового агента, страхового брокера, или мобильного приложения Страховщика, страхового агента, страхового брокера, осуществляющих автоматизированное создание и отправку информации в информационную систему Страховщика, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в порядке и на условиях, предусмотренных в соглашении об электронном взаимодействии, размещаемом на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера или в мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера. По тексту настоящих Правил именуется – "сайт/мобильное приложение";

6.11.1.2. со Страхователем – физическим лицом – с использованием финансовой платформы в соответствии с Федеральным законом от 20.07.2020 № 211-ФЗ "О совершении финансовых сделок с использованием финансовой платформы". По тексту настоящих Правил именуется – "финансовая платформа";

6.11.1.3. со Страхователем – физическим лицом – с использованием мобильного приложения цифровой платформы миграционных процессов и трудовых ресурсов федеральных органов исполнительной власти либо аналогичных ресурсов в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. По тексту настоящих Правил именуется – "мобильное приложение цифровой платформы";

6.11.2. Под "мобильным приложением" понимается программное обеспечение Страховщика, страхового агента, страхового брокера, применяемое Страхователем для обмена информацией в электронной форме между ним и Страховщиком, страховым агентом, страховым брокером с использованием технического устройства (мобильного телефона, смартфона или компьютера, включая планшетный компьютер), подключенного к информационно – телекоммуникационной сети "Интернет". Порядок использования мобильного приложения размещается на официальном сайте Страховщика, страхового агента, страхового брокера в информационно - телекоммуникационной сети "Интернет".

Под "мобильным приложением цифровой платформы" понимается программное обеспечение, предусмотренное законодательством Российской Федерации, применяемое Страхователем для выбора Страховщика (для заключения договора страхования) и обмена информацией в электронной форме между ним и выбранным Страховщиком с использованием технического устройства (мобильного телефона, смартфона или компьютера, включая планшетный компьютер), подключенного к информационно – телекоммуникационной сети "Интернет".

6.11.3. Порядок направления уведомлений, извещений и сообщений (далее – "письма").

6.11.3.1. Страховщик в связи с исполнением договора страхования направляет письма в адрес Страхователя способом, согласованным при заключении договора страхования.

6.11.3.2. Если иное не предусмотрено договором страхования или отдельным соглашением между Страховщиком и Страхователем, Страховщик направляет письма любым из следующих способов:

а) нарочным или почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования для направления писем;

б) по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования;

в) на номер мобильного телефона или адрес электронной почты, указанные и

подтвержденные в личном кабинете физического лица – при наличии личного кабинета на сайте Страховщика или в мобильном приложении Страховщика;

г) в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в договоре страхования (применимо для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя), за исключением случая, связанного с прекращением договора страхования;

д) путем непосредственного размещения письма в личном кабинете физического лица – при наличии личного кабинета на сайте Страховщика или в мобильном приложении Страховщика.

6.11.3.3. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя писем, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте письма, а если данный момент не указан – с момента доставки письма Страховщика в адрес Страхователя, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.11.3.4. При направлении писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования, письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@kpsk-ins.ru, с уведомлением о доставке.

6.11.3.5. Датой доставки письма считается:

а) при направлении по электронной почте – дата получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, содержащего уведомление о доставке письма, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – рабочий день, следующий за датой направления электронного сообщения, содержащего письмо;

б) при направлении нарочным – дата вручения письма Страхователю под роспись;

в) при направлении почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования:

– дата получения Страховщиком подтверждения о вручении Страхователю письма, либо

– дата получения Страховщиком подтверждения об отсутствии Страхователя по его адресу, указанному в договоре страхования, либо

– дата истечения срока хранения, если письмо было возвращено Страховщику в связи с истечением срока его хранения в отделении почтовой связи Страхователя, в том числе в тех случаях, если письмо не было вручено Страхователю по зависящим от него причинам или Страхователь не ознакомился с ним (например, если Страхователь уклонился от получения письма в отделении почтовой связи, в связи с чем письмо было возвращено по истечении срока хранения);

г) при направлении письма Страхователю путем размещения в личном кабинете письмо считается доставленным/полученным Страхователем с момента размещения указанного письма в личном кабинете;

д) при направлении Страховщиком письма в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в договоре страхования (применимо для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя), письмо может считаться доставленным/полученным Страхователем по истечении 24 (двадцати четырех) часов с момента отправки Страховщиком смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному в договоре страхования.

6.11.3.6. В случае изменения адреса, указанного в договоре для направления писем, адреса электронной почты, номера телефона Страхователя, указанных в договоре страхования (далее – "контактные данные"), Страхователь обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об указанном Страховщика.

Если Страховщик не был извещен об изменении указанных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком писем несет Страхователь.

6.11.3.7. Информация о адресе, указанном в договоре страхования для доставки писем, адресе электронной почты, номере телефона, представленная Страхователем при заключении

договора страхования, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации о ее изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщение об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки писем осуществляет Страховщик.

6.11.4. При наличии технической возможности Страхователь может направлять Страховщику документы в электронной форме для заключения, изменения, досрочного прекращения договора страхования с использованием "сайта/мобильного приложения" в порядке и на условиях, предусмотренных в договоре страхования и (или) в соглашении об электронном взаимодействии, размещаемом на официальном сайте Страховщика, или с использованием сайта "финансовой платформы" в порядке, предусмотренном правилами оператора финансовой платформы. При наличии технической возможности, а также если это прямо предусмотрено договором страхования или иным соглашением сторон к нему, соответствующие заявления и документы в электронной форме могут быть направлены:

6.11.4.1. Страхователем – физическим лицом путем заполнения соответствующих полей форм, размещенных на соответствующих страницах "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы", и (или) проставления специальных отметок на странице "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы", и (или) загрузки электронных документов и (или) электронных копий документов, и подписания Страхователем соответствующего заявления простой электронной подписью.

6.11.4.2. Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем – путем заполнения соответствующих полей форм, размещенных на соответствующих страницах "сайта/мобильного приложения", и (или) проставления специальных отметок на странице "сайта/мобильного приложения", и (или) загрузки электронных документов и (или) электронных копий документов, и подписания Страхователем соответствующего заявления усиленной квалифицированной электронной подписью.

6.11.5. При наличии технической возможности при заключении договора страхования с использованием "мобильного приложения цифровой платформы" Страхователь может направлять Страховщику документы в электронной форме для заключения, изменения, досрочного прекращения договора страхования на странице официального сайта Страховщика.

При наличии технической возможности, а также если прямо предусмотрено договором страхования, соответствующие заявления и документы в электронной форме могут быть направлены:

6.11.5.1. Страхователем – физическим лицом путем заполнения соответствующих полей форм, размещенных на соответствующей странице официального сайта Страховщика, и (или) проставления специальных отметок на странице официального сайта Страховщика, и (или) загрузки электронных документов и (или) электронных копий документов, и подписания Страхователем соответствующего заявления простой электронной подписью.

6.11.6. Если действующим законодательством Российской Федерации предусмотрен иной порядок подписания документов в электронной форме, подписание документов Страхователем осуществляется с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

6.11.6.1. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя – физического лица, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.12. При утрате договора страхования, индивидуального страхового полиса в период его действия Страхователь (Застрахованное лицо) должен незамедлительно известить об этом Страховщика.

В случае утраты договора страхования, индивидуального страхового полиса в период

его действия Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления, составленного в произвольной форме, выдается дубликат.

После выдачи дубликата договора страхования, индивидуального страхового полиса утраченный документ считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

6.13. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящими Правилами преимущественную силу имеют положения договора страхования в части, не противоречащий нормам действующего законодательства Российской Федерации.

6.13.1. При заключении договора страхования, в том числе, но не ограничиваясь, по итогам участия в конкурсных процедурах, проводимых Страхователем, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождения между нормами договора страхования и настоящими Правилами преимущественную силу имеют положения договора страхования в части, не противоречащий нормам действующего законодательства.

6.14. Страховщик вправе присваивать договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами на однотипных условиях, определенные маркетинговые наименования.

6.15. Договор страхования признается недействительным в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон договора страхования, исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

7.2. Договор вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

а) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (или ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку), – при заключении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

б) с момента уплаты страховой премии (или ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку), – при заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, но не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

7.2.1. Если договор страхования вступает в силу не ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку:

а) страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то договор страхования в силу не вступает;

б) очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) не был уплачен или был уплачен не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 8.3 настоящих Правил.

7.2.2. Если договор страхования вступает в силу ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной)

– при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 8.3 настоящих Правил.

7.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут местного времени дня, указанного в договоре как дата его окончания, если договором не предусмотрено иное, но не позднее окончания действия разрешения на работу или патента. Местное время определяется по месту заключения договора страхования.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случае:

8.1.1. истечения срока его действия;

8.1.2. ликвидации Страховщика – в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

8.1.3. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица по договору страхования, не предусматривающему услугу по репатриации останков в случае смерти Застрахованного лица. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении умершего Застрахованного лица.

При прекращении договора страхования в соответствии с п. 8.1.3 настоящих Правил в целом или прекращении страхования в отношении какого-либо Застрахованного лица, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, уплаченной за Застрахованных лиц, в отношении которых прекратился договор страхования, за неистекший срок действия договора страхования.

Если договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования предусмотрена услуга по репатриации останков в случае смерти Застрахованного лица, то страхование в отношении умершего Застрахованного лица прекращается с момента доставки останков Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта, вокзала или порта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо;

8.1.4. исполнения Страховщиком обязательств перед Застрахованным лицом по договору страхования в полном объеме, в частности, при полном исчерпании агрегатной страховой суммы в отношении Застрахованного лица (по коллективному договору страхования действие страхования прекращается в отношении того Застрахованного лица, по которому исчерпана страховая сумма). Если в программу добровольного медицинского страхования по договору страхования входят как Базовые, так и Дополнительные условия страхования, действие страхования прекращается по Базовым или Дополнительным условиям страхования в отношении того Застрахованного лица, по которому исчерпана страховая сумма, соответственно по Базовым или Дополнительным условиям страхования, при этом страхование продолжает действовать по тем условиям, по которым страховая сумма не исчерпана;

8.1.5. по соглашению сторон договора страхования. Страхование может быть прекращено, в том числе, в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования.

При досрочном прекращении договора страхования по соглашению сторон порядок взаиморасчетов и дата прекращения договора страхования определяется соглашением сторон;

8.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или договором страхования.

8.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.2.1. При отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия

в соответствии со статьей 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом договор страхования прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя об отказе от договора страхования как дата расторжения договора страхования, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

8.3. Последствия неуплаты или уплаты не в полном объеме Страхователем страховой премии (страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) по вступившему в силу договору страхования:

8.3.1. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку), если договором страхования предусматривается его вступление в силу ранее срока уплаты страховой премии (первого взноса при уплате страховой премии в рассрочку), не была уплачена, наступают последствия, указанные в пп. "а" п. 8.3.1 настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, предусмотренные в пп. "б" п. 8.3.1 настоящих Правил:

а) Договор страхования прекращается путем направления Страховщиком не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования письменного уведомления в адрес Страхователя в порядке, предусмотренном п. 6.11.3 настоящих Правил.

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, договор прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в уведомлении как дата прекращения договора страхования. Если дата прекращения договора страхования не указана в уведомлении, то договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня после даты доставки уведомления, если иное не предусмотрено договором страхования или уведомлением.

Датой доставки уведомления является дата, определенная в соответствии с п. 6.11.3 настоящих Правил.

При этом досрочное прекращение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его досрочного прекращения.

б) Страховщик вправе предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

8.3.2. Если к установленному договором страхования сроку не был уплачен очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку), наступают последствия, указанные в пп. "а" п. 8.3.3 настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, указанные в пп. "б" – "в" п. 8.3.3 настоящих Правил.

8.3.3. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку по вступившему в силу договору страхования) была уплачена не в полном объеме, наступают последствия, указанные в пп. "а" п. 8.3.3 настоящих Правил, либо Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, предусмотренные в пп. "б" – "г" п. 8.3.3 настоящих Правил:

а) Договор страхования прекращается путем направления Страховщиком не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования письменного уведомления в адрес Страхователя в порядке, предусмотренном п. 6.11.3 настоящих Правил.

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в уведомлении как дата прекращения договора страхования. Если дата прекращения договора

страхования не указана в уведомлении, то договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии, но не ранее 00 часов 00 минут дня после даты доставки уведомления, если иное не предусмотрено договором страхования или уведомлением.

Датой доставки уведомления является дата, определенная в соответствии с п. 6.11.3 настоящих Правил.

Договором страхования может быть предусмотрен иной способ расчета оплаченного периода действия договора страхования.

При этом досрочное прекращение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его досрочного прекращения.

б) Страховщик вправе предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

в) Страховщик вправе предложить Страхователю заключить соглашение об изменении срока уплаты страховой премии (страхового взноса) по договору страхования.

г) Страховщик вправе в письменной форме согласовать со Страхователем изменение (сокращение) срока действия договора страхования в соответствии с уплаченной частью страховой премии.

8.3.4. В случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса) до прекращения (расторжения) договора страхования в соответствии с пп. "а" – "б" п. 8.3.1 / п. 8.3.3 настоящих Правил, договор страхования продолжает действовать.

8.3.5. При прекращении договора страхования Страховщик продолжает нести ответственность по страховой выплате по страховому случаю, наступившему до прекращения договора страхования.

8.4. Страховщик вправе потребовать признания заключенного договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных статьей 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имевших существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, заявлении на страхование или письменном запросе Страховщика в соответствии с п. 6.2.1 настоящих Правил.

8.5. Страховщик вправе требовать расторжения договора страхования в случае неисполнения Страхователем обязанности незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска (п. 9.2.9 настоящих Правил). При этом Страховщик также вправе требовать возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

8.6. Во всех случаях прекращения договора страхования или прекращения страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования Страхователь (Застрахованное лицо) по требованию Страховщика обязан вернуть Страховщику индивидуальные страховые полисы, выданные Застрахованным лицам (п. 6.6 настоящих Правил), в отношении которых прекращено страхование.

8.7. Для получения части страховой премии при досрочном прекращении договора

страхования, если такой возврат предусмотрен договором страхования или иными соглашениями сторон к нему, и (или) настоящими Правилами, и (или) Условиями страхования, Страхователь – физическое лицо (его представитель) представляет Страховщику следующие документы:

– индивидуальный страховой полис – по требованию Страховщика;

– заявление Страхователя о досрочном прекращении договора страхования, составленное в произвольной форме, с приложением банковских реквизитов для осуществления перечисления части страховой премии, если возврат осуществляется безналичным переводом на расчетный счет;

– документ, удостоверяющий личность Страхователя;

– документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, и надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю Страхователя, подтверждающую полномочия на подписание заявления и (или) получение части страховой премии.

8.8. Для получения страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом оформляется дополнительное соглашение к договору страхования.

8.9. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определенные этим договором страхования, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом обязанностей по договору страхования, права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

8.9.1. Если Застрахованное лицо или лицо, несущее в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица, отказалось от перехода к нему прав и обязанностей Страхователя, договор страхования прекращается.

8.9.2. Если страховая премия по договору страхования уплачена Страхователем полностью, договор страхования действует до даты его окончания, согласие Застрахованного лица на переход к нему прав и обязанностей Страхователя не требуется.

8.10. Действие досрочно прекращаемого договора страхования заканчивается в 00 часов 00 минут дня, указанного как дата его досрочного прекращения.

8.11. Обязательства сторон в случае прекращения договора страхования по соглашению сторон считаются прекращенными с момента заключения соглашения сторон о прекращении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения.

8.12. В случае прекращения договора страхования в отношении всех или отдельных Застрахованных лиц Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору в отношении всех или отдельных Застрахованных лиц соответственно.

8.13. Направление Страховщику документов в электронной форме для досрочного прекращения договора страхования и (или) об отказе от договора страхования, если это предусмотрено договором страхования или иным соглашением сторон к нему, может осуществляться Страхователем с использованием "сайта/мобильного приложения" или сайта "финансовой платформы" при наличии такой технической возможности с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.

В указанном случае, Страхователь:

8.13.1. заполняет поля соответствующих форм, размещенных на странице "сайта/мобильного приложения", сайта "финансовой платформы", и (или) проставляет специальные отметки на странице "сайте/мобильного приложения", сайте "финансовой платформы", и (или)

8.13.2. размещает документы в виде электронных документов и (или) электронных копий документов.

8.14. При наличии технической возможности и, если это прямо предусмотрено договором страхования или иным соглашением сторон к нему, заключенного с использованием "мобильного приложения цифровой платформы", направление Страховщику документов в электронной форме для досрочного прекращения договора страхования и (или) об отказе от договора страхования может осуществляться путем заполнения соответствующих полей форм, размещенных на соответствующей странице официального сайта Страховщика, и (или) проставления специальных отметок на соответствующей странице официального сайта Страховщика, и (или) размещения документов в виде электронных документов и (или) электронных копий документов на соответствующей странице официального сайта Страховщика.

8.15. Заявление о досрочном прекращении договора страхования и (или) об отказе от договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем – юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписью, Страхователем – физическим лицом – простой электронной подписью.

Если действующим законодательством Российской Федерации предусмотрен иной порядок подписания документов в электронной форме, подписание документов Страхователем осуществляется с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. В течение срока действия договора страхования **Страхователь имеет право**:

9.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, согласованных Страховщиком или предусмотренных договором страхования, медицинских и (или) иных услуг, определенных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая;

9.1.2. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с предложением изменить размер страховой суммы, установив его в размере не менее оговоренного в п. 4.2 настоящих Правил, а также срок действия договора страхования. Все изменения, а также порядок взаиморасчетов сторон при изменении условий страхования вносятся в договор страхования в письменной форме;

9.1.3. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением досрочно прекратить договор страхования, в том числе в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования;

9.1.4. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением дополнительно включить в коллективный договор страхования новых Застрахованных лиц;

9.1.5. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной;

9.1.6. с согласия Страховщика производить замену Застрахованных лиц по договору страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

Замена Застрахованного лица по договору страхования производится в соответствии с пунктом 2 статьи 955 Гражданского кодекса Российской Федерации.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию в размере и порядке, 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 дополнительно включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в Список Застрахованных лиц.

По требованию Страховщика предоставить медицинское заключение Застрахованного

лица о наличии или отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, предусмотренных актуальным перечнем, утверждаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации или федеральным законом, по форме, установленной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и (или) результаты медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица – при принятии его на страхование;

9.2.3. при заключении договора страхования предоставить Страховщику необходимые документы и сведения в соответствии с п. 6.2 настоящих Правил;

9.2.4. передать Застрахованному лицу в соответствии с договором страхования индивидуальный страховой полис, а при его утрате – дубликат, выданный Страховщиком, ознакомить Застрахованное лицо с положениями настоящих Правил и (или) Условий страхования, договора страхования, программой добровольного медицинского страхования;

9.2.5. своевременно сообщить Страховщику об изменении сведений, указанных в договоре страхования (индивидуальном страховом полисе);

9.2.6. при заключении договора страхования сообщить Страховщику сведения, позволяющие провести идентификацию Страхователя, представителя Страхователя, Застрахованного лица, бенефициарного владельца; предоставить Страховщику необходимые документы и сведения в соответствии с п. 6.2.1 настоящих Правил. В период действия договора страхования не позднее 7 (семи) дней сообщить Страховщику об имеющихся изменениях в идентификационных сведениях, представленных перед заключением договора страхования, с предоставлением оригиналов документов или соответствующим образом заверенных копий;

9.2.7. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и иные услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

9.2.8. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п. 9.2.7 Правил, в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика, если иной срок не предусмотрен договором страхования.

9.2.9. Договором страхования может быть предусмотрена обязанность Страхователя (Застрахованного лица) в течение срока действия договора страхования незамедлительно, но в любом случае не позднее 5 (пяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента, когда ему стало известно, сообщать Страховщику способом, обеспечивающим фиксирование текста (с указанием отправителя) и даты сообщения (по электронной почте, факсимильной связи, телеграммой и т.п.) о ставших ему известными существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска, в частности, об установлении Застрахованному лицу инвалидности или выявлении у Застрахованного лица:

– хронических ревматических болезней сердца (код заболеваний по МКБ-10 – I05-I09);

– болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (код заболеваний по МКБ-10 – I10-I15);

– ишемической болезни сердца (код заболеваний по МКБ-10 – I20-I25);

– хронических болезней нижних дыхательных путей (код заболеваний по

МКБ-10 – J40-J47).

Перечень обстоятельств (в том числе заболеваний), о которых Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику, может указываться в договоре страхования.

9.2.9.1. Если иное не предусмотрено договором страхования или иным соглашением сторон к нему, уведомление Страховщика об обстоятельствах, указанных в п. 9.2.9 настоящих Правил, с использованием "сайта/мобильного приложения" (п. 6.11.1.1 настоящих Правил), "финансовой платформы" (п. 6.11.1.2 настоящих Правил) не производится.

Если иное не предусмотрено договором страхования, заключенным с использованием "мобильного приложения цифровой платформы" (п. 6.11.1.3 настоящих Правил), или иным соглашением сторон к нему, уведомление Страховщика об обстоятельствах, указанных в п. 9.2.9 настоящих Правил, с использованием соответствующей страницы официального сайта Страховщика не производится.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. запрашивать и проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также соблюдение условий договора страхования в течение срока его действия;

9.3.2. не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных п.п. 3.7 – 3.9 настоящих Правил;

9.3.3. требовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в случае существенного изменения обстоятельств по сравнению с оговоренными в договоре страхования (п. 9.2.9 настоящих Правил).

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации;

9.3.4. в случае если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных или отозвало его, такой отказ признается Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от оказания услуг по добровольному медицинскому страхованию в отношении данного Застрахованного лица в рамках договора страхования, в связи с чем Страховщик вправе не заключать договор страхования или прекратить страхование в отношении данного Застрахованного лица.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами. При заключении договора страхования вручить Страхователю договор страхования (индивидуальный страховой полис), настоящие Правила страхования и (или) Условия страхования в порядке, предусмотренном п. 6.8 настоящих Правил;

9.4.2. по требованию Страхователя (Застрахованного лица), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, договоре страхования и (или) Условиях страхования, программе добровольного медицинского страхования;

9.4.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, согласно условиям договора страхования;

9.4.4. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора страхования;

9.4.5. выдать Застрахованным лицам индивидуальные страховые полисы;

9.4.6. в случае невозможности оказания медицинской или иной организацией Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, организовать и (или) оплатить оказание аналогичных по качеству медицинских и (или) иных услуг в другой медицинской

или иной организации.

При самостоятельной организации Застрахованным лицом получения медицинских и (или) иных услуг без участия (согласования) Страховщика последний вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы (если они не были согласованы со Страховщиком);

9.4.7. контролировать объем и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

9.4.8. уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы по Базовым условиям в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (десять тысяч) рублей, если законодательством Российской Федерации не установлено иное.

Если иное не предусмотрено договором страхования или отдельным соглашением между Страхователем и Страховщиком, информирование осуществляется любым из способов, предусмотренных в п. 6.11.3 настоящих Правил;

9.4.9. обеспечить возможность проверки наличия действующего индивидуального страхового полиса, заключенного в отношении Застрахованного лица, по его серии и номеру на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет";

9.4.10. по запросу Страхователя (Застрахованного лица) проинформировать его:

а) обо всех предусмотренных договором страхования и (или) настоящими Правилами, и (или) Условиями страхования необходимых действиях, которые Застрахованное лицо должно предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

б) о предусмотренных договором страхования и (или) настоящими Правилами, и (или) Условиями страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Застрахованного лица на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя (Застрахованного лица), либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. требовать предоставления медицинских и (или) иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и (или) программы добровольного медицинского страхования;

9.5.2. сообщить Страховщику о случаях не предоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

9.5.3. получить индивидуальный страховой полис.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией;

9.6.2. заботиться о сохранности индивидуального страхового полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

9.6.3. при обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, индивидуальный страховой полис.

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 иными услугами, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

9.8. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и

обязанности сторон.

9.9. Страховщик и Страхователь обязаны соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

10. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования и (или) программы добровольного медицинского страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в договоре страхования. В случае установления в договоре страхования франшизы (п. 4.6 настоящих Правил) определение размера страховой выплаты производится с учетом порядка установления франшизы, предусмотренного договором страхования.

10.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

10.2.1. в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

10.2.1.1. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату в медицинскую организацию на базе следующих методов, применяемых медицинскими организациями:

а) за отдельную простую, сложную и (или) комплексную медицинскую помощь, а также иные услуги, предоставляемые медицинской организацией и связанные с предоставлением медицинских услуг;

б) за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские услуги, а также иные услуги, оказываемые Застрахованному лицу;

в) по законченному случаю оказания медицинских услуг;

г) по установленному медицинской организацией нормативу за медицинское обслуживание, которое в случае обращения Застрахованного лица за медицинской помощью будет предоставлено медицинской организацией Застрахованному лицу;

д) иных методов, которые вправе применять медицинская организация.

Оплата медицинских услуг (пп. "а" – "в" п. 10.2.1.1 настоящих Правил) производится на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ, выставленного Страховщику медицинской 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.

Оплата медицинских услуг (пп. "г" – "д" п. 10.2.1.1 настоящих Правил) производится на основании счета, выставленного Страховщику медицинской организацией. Акт выполненных работ за оказанные Застрахованным лицам медицинские услуги оформляется в порядке и сроки, предусмотренные договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования;

10.2.2. в форме возмещения Страховщиком расходов Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг – только если это прямо предусмотрено договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, и (или) Условиями страхования, либо в случае согласования Застрахованным лицом такой формы возмещения со Страховщиком в письменном виде.

10.3. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 10.2.2 настоящих Правил Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) должно в течение 30 (тридцати) дней со дня получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг (если иной срок не предусмотрен договором страхования или иным соглашением сторон к нему) предоставить

Страховщику следующие документы (перечень предоставляемых документов может быть сокращен Страховщиком в зависимости от конкретного страхового случая):

10.3.1. **Письменное заявление на страховую выплату**.

10.3.2. **Документы, необходимые для определения факта, причин и обстоятельств произошедшего события, характера и размера ущерба**, оформленные надлежащим образом (в соответствии с п. 10.4 настоящих Правил):

10.3.2.1. документ, подтверждающего факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений;

10.3.2.2. для возмещения стоимости оплаченных медицинских и (или) иных услуг – реестр оказанных медицинских и (или) иных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости;

10.3.2.3. для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств –рецепты из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены (выписаны) лекарственные средства;

10.3.2.4. для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:

10.3.2.4.1. при оперативном лечении – документы 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 документы, подтверждающие их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе);

10.3.2.4.2. при амбулаторном лечении – документы из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий;

10.3.2.5. свидетельство о смерти Застрахованного лица – если договором страхования предусмотрена организация и оплата услуги, предусмотренной пп. "б" п. 1.4.8 настоящих Правил;

10.3.2.6. документы, подтверждающие оплату медицинских и (или) иных услуг, приобретение лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости);

10.3.2.7. документы, направленные Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) в компетентные органы (например, медицинские организации) в связи с обращением по заявленному событию.

10.3.2.7.1. В случае, если соответствующие компетентные органы отказали в выдаче каких-либо документов, запрошенных Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица), Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) направляет Страховщику копию соответствующего запроса и письменного ответа на него, если таковой получен. Страховщик анализирует имеющиеся в его распоряжении документы и дает Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) рекомендации, куда следует обратиться, какие документы возможно предоставить взамен ранее запрошенных, предоставить которые невозможно, а также дает рекомендации о дальнейших действиях Застрахованного лица.

10.3.3. **Документ**, **удостоверяющий личность Застрахованного лица,** предусмотренный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве такого документа;

10.3.3.1. Если с заявлением на страховую выплату обращается представитель Застрахованного лица, то необходимо предоставить надлежащим образом оформленную доверенность, подтверждающую полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты) и документ, удостоверяющий личность.

10.3.4. **Согласие на обработку персональных данных**, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) – в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку

персональных данных без такого согласия.

10.3.5. **Документы, необходимые** в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации **для идентификации** лица, обратившегося за страховой выплатой.

10.3.6. **Банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты** (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), а также распоряжение Застрахованного лица о порядке осуществления страховой выплаты.

10.3.7. **Документы из числа указанных в п. 10.3 настоящих Правил, которые оформлены надлежащим образом** (если ранее Страховщик уведомил о ненадлежащем оформлении представленных документов в соответствии с п. 10.4 настоящих Правил).

10.3.8. **Индивидуальный страховой полис** – по требованию Страховщика**.**

10.4. Документы, предоставляемые Страховщику, должны быть оформлены надлежащим образом (оригиналы подписаны уполномоченным лицом, копии – заверены уполномоченным лицом, приложены доверенности на право заверения копий документов, проставлены все необходимые печати, многостраничные документы или пакеты документов прошиты, скреплены подписью уполномоченного лица и печатью, документы компетентных органов заверены печатью организации, выдавшей документ, и т.д.). Ко всем документам, составленным на иностранном языке, должен быть приложен перевод на русский язык, подготовленный и заверенный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов. Сведения, содержащиеся в документах, должны быть разборчивыми, читаемыми. Все аббревиатуры и сокращения должны быть расшифрованы. Термины (условные обозначения) необходимо пояснять или расшифровывать.

10.5. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и (или) программы добровольного медицинского страхования, при этом при определении размера страховой выплаты учитываются только те медицинские и (или) иные услуги, которые предусмотрены условиями договора страхования и (или) программы добровольного медицинского страхования.

10.6. В случае, если имеются основания полагать, что обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами вызвано расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, обращение в связи с которыми не является застрахованным согласно договору страхования, а документы, предоставленные в соответствии с п. 10.3 настоящих Правил, не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами страховым случаем согласно договору страхования, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме запросить у компетентных органов (медицинских организаций, предприятий, учреждений), располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события, следующие документы:

10.6.1. медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и (или) выписки из медицинских карт (оригиналы или копии, заверенные главным врачом или заместителем главного врача и печатью медицинского учреждения) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и (или) иных услуг;

10.6.2. документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

10.6.3. документы Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации или его структурных подразделений, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;

10.6.4. справку учреждения медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-

социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации, акт медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации;

10.6.5. справки из наркологических, туберкулезных, психиатрических, кожно-венерологических диспансеров;

10.6.6. акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования (если такие исследования проводились);

10.6.7. акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;

10.6.8. акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;

10.6.9. постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела, решение, принятое (в том числе в судебном порядке) по уголовному делу;

10.6.10. постановление об административном правонарушении;

10.6.11. справку медицинской организации с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения при наступлении патологического состояния и (или) получения травмы (зафиксированные на момент поступления в медицинскую организацию признаки опьянения, или результаты исследования биологических материалов на содержание этилового спирта, наркотических или токсических веществ);

10.6.12. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;

10.6.13. справку о дорожно-транспортном происшествии;

10.6.14. выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;

10.6.15. оригиналы и (или) копии инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология);

10.6.16. справки о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет и диагноза);

10.6.17. медицинское свидетельство о смерти установленной формы);

10.6.18. в Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и (или) страховых компаниях, работающих в системе обязательного медицинского страхования – информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.

10.7. Документы, представленные в соответствии с п. 10.3, п. 10.6 настоящих Правил, должны содержать необходимую и достаточную информацию, которая позволяет Страховщику сделать однозначный вывод о том, является ли произошедшее событие страховым случаем согласно договору страхования или нет. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания произошедшего события страховым случаем, определения размера ущерба, подтверждения права заявителя на получение страховой выплаты, сократив перечень предоставляемых Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) документов из числа указанных в п. 10.3 настоящих Правил.

10.8. После получения Страховщиком последнего из представленных Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) документов в случае выявления Страховщиком факта предоставления Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

– принять их, при этом срок, указанный в п. 10.11.2 настоящих Правил, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

– уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

10.8.1. Срок уведомления обратившихся за выплатой физических лиц о выявлении факта предоставления ими документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения

об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.

10.9. Документы, указанные в п. 10.3 настоящих Правил, могут быть предоставлены Страховщику:

10.9.1. в виде бумажных документов;

10.9.2. в форме электронных копий документов или электронных документов.

10.9.2.1. Электронные копии документов или электронные документы, предусмотренные п. 10.3 настоящих Правил, направляются в адрес Страховщика с использованием "сайта/мобильного приложения" (при наличии такой технической возможности), если это предусмотрено договором страхования или иным соглашением сторон к нему.

10.9.2.2. Электронные копии документов или электронные документы, предусмотренные п. 10.3 настоящих Правил, по договору страхования, заключенному с использованием "мобильного приложения цифровой платформы, направляются в адрес Страховщика с использованием соответствующей страницы официального сайта Страховщика (при наличии такой технической возможности), если это предусмотрено договором страхования или иным соглашением сторон к нему.

10.9.2.3. Соответствие электронных копий документов или электронных документов оригиналу данного документа может подтверждаться, в том числе, проставлением специальных отметок на форме загрузки электронных копий документов или электронных документов о подтверждении указанного соответствия.

Страховщик вправе запросить у Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) оригиналы (копии) документов, предоставленных в виде электронных копий документов или электронных документов, на бумажном носителе, оформленные в порядке, предусмотренном п. 10.4 настоящих Правил, которые должны быть представлены Страховщику в срок, указанный в запросе.

10.10. Взаимодействие между Страховщиком и лицом, обратившимся за выплатой, при рассмотрении заявления о страховой выплате, осуществляется способом, указанным в договоре страхования или согласованном между Страховщиком и Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица) при направлении заявления на страховую выплату (способ считается согласованным при наличии письменно зафиксированного подтверждения согласия Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) на предложенный Страховщиком способ взаимодействия).

В случае направления Страховщику электронных копий документов или электронных документов, указанных в п. 10.3 настоящих Правил, если такой способ взаимодействия предусмотрен договором страхования или иным соглашением сторон к нему, уведомления, извещения, сообщения Страховщика при рассмотрении заявления о страховой выплате могут направляться по выбору Страховщика способами, предусмотренными пп. "а" – "г" п. 6.11.3.2 настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования или иным соглашением сторон к нему.

10.11. После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов и сведений (п. 10.2.1 настоящих Правил – при осуществлении выплаты в медицинскую или иную организацию; п. 10.2.2 настоящих Правил – при осуществлении выплаты в форме возмещения) Страховщик:

10.11.1. по п. 10.2.1 настоящих Правил осуществляет страховую выплату в медицинскую и (или) иную организацию в порядке и в сроки в соответствии с условиями договора между Страховщиком и медицинской или иной организацией;

10.11.2. по п. 10.2.2 настоящих Правил – рассматривает их в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения последнего из документов (если иной срок не предусмотрен договором страхования или иным соглашением сторон к нему). В течение указанного срока Страховщик:

а) если произошедшее событие признано страховым случаем – составляет страховой

акт и производит страховую выплату Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) способом, согласованным при подаче заявления на страховую выплату. Конкретный порядок осуществления страховой выплаты указывается в страховом акте;

б) если отсутствуют основания для осуществления страховой выплаты – оформляет соответствующее решение письмом, в котором информирует лицо, обратившееся за выплатой, об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования, и (или) настоящих Правил, и (или) Условия страхования на основании которых принято данное решение, и направляет указанное письмо по почте (или иным способом, предусмотренным договором страхования или соглашением сторон) в течение 3 (трех) рабочих дней после его подписания при соблюдении общего срока, указанного в первом абзаце настоящего пункта.

10.12. Страховая выплаты по п. 10.2.2 настоящих Правил производятся Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) путем перечисления денежных средств на банковский счет, указанный Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица), или иным способом по согласованию с Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица).

10.12.1. Днем страховой выплаты считается дата, определяемая действующим законодательством Российской Федерации (если страховая выплата производится путем перечисления денежных средств на банковский счет), выдачи наличных денежных средств из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами), либо дата передачи (перечисления) Страховщиком денежных средств соответствующей организации (службе) для перевода (перечисления) получателю (если выплата производится иным способом по соглашению сторон).

10.12.2. Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счет средств получателя.

10.12.3. Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счет средств получателя.

10.12.4. Выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица, действующего на основании доверенности, оформленной в установленном порядке.

10.13. Если после осуществления страховой выплаты в соответствии с п. 10.2.2 настоящих Правил обнаружится обстоятельство, которое в силу закона и (или) по настоящим Правилам, и (или) договору страхования полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на полученную страховую выплату, он обязан вернуть Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть) в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента обнаружения данного обстоятельства указанными лицами или Страховщиком (в зависимости от того, кто обнаружит ранее), если иной срок не согласован сторонами в письменной форме.

10.14. Налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством Российской Федерации.

11. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

11.1. Споры, возникающие по договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

11.2. В случае, если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование, он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

11.3. Споры, относящиеся к категории, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования
иностранных граждан и лиц без гражданства (трудовых мигрантов),
находящихся на территории Российской Федерации
с целью осуществления ими трудовой деятельности

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования
иностранных лиц и лиц без гражданства (трудовых мигрантов),
находящихся на территории Российской Федерации
с целью осуществления ими трудовой деятельности

I. БАЗОВЫЕ УСЛОВИЯ

В рамках настоящих Базовых условий страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату:

– первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

– обеспечения лекарственными препаратами, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, используемыми медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи;

– обеспечения медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

– лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

В рамках настоящих Базовых условий предусматривается первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара и специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в неотложной форме.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу по медицинским показаниям в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основании стандартов медицинской помощи в случаях возникновения у Застрахованного лица заболеваний и состояний, перечисленных ниже, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования:

1) инфекционные и паразитарные болезни за исключением: натуральной оспы (B03[1]); полиомиелита (A80); малярии (B50 – B54), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04); болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20 – B24); вирусных лихорадок, передаваемых членистоногими, и вирусных геморрагических лихорадок (A90 – A99); гельминтозов (B65 – B83); гепатита B и C (B16, B18.0, B18.1, B17.1, B18.2); дифтерии (A36); инфекций, передающихся преимущественно половым путем (A50 – A64); лепры (A30); педикулеза, акариаза и других инфестаций (B85 – B89); сапа и мелиоидоза (A24); сибирской язвы (A22);туберкулеза (A15 – A19); холеры (A00); чумы (A20), коронавирусной

[1] Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (по тексту – МКБ-10).

инфекции (2019-nCoV).

2) новообразования, за исключением злокачественных новообразований (C00 – C97);

3) болезни эндокринной системы, за исключением сахарного диабета (E10 – E14);

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы, за исключением психических расстройств и расстройств поведения (F00 – F99);

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения.

Неотложная стоматологическая помощь в рамках настоящих Базовых условий оказывается при острой зубной боли, отеке десны или щеки, покраснении кожи в области отека и включает в себя:

1) первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом;

2) прицельную рентгенографию (дентальные снимки);

3) местную анестезию (проводниковую, инфильтрационную);

4) услуги по терапевтической стоматологии: препарирование зуба, наложение девитализирующей пасты, наложение временной пломбы, наложение лекарственной повязки;

5) услуги по хирургической стоматологии: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

Перечень Дополнительных условий, включаемых в программу добровольного медицинского страхования по соглашению Страховщика и Страхователя. По соглашению сторон договора страхования договор страхования может быть заключен с включением в программу добровольного медицинского страхования всех или отдельных услуг из предусмотренных настоящим разделом.

В рамках настоящих Дополнительных условий Страховщик гарантирует Застрахованному лицу организацию и оплату при наступлении страхового случая:

2.1. первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний, перечисленных в разделе I настоящей Программы и входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования;

2.2. скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

2.3. транспортировки в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи

с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

2.4. услуг по репатриации останков в случае смерти Застрахованного лица. Под репатриацией останков понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта, вокзала или порта страны, где постоянно проживало Застрахованное лицо. Данная услуга включает в себя подготовку к репатриации и транспортировку останков. Репатриация останков Застрахованного лица осуществляется в соответствии с международными стандартами. Данная услуга не включает в себя сопровождение останков Застрахованного лица во время перевозки, организацию похорон, траурной церемонии, погребения, поминальной трапезы, установки надгробных сооружений, услуги на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями;

2.5. экстренной стоматологической помощи по медицинским показаниям при угрожающих жизни Застрахованного лица состояниях, таких как:

– повышение температуры тела свыше 38,5 градусов после хирургической операции по удалению зуба;

– длительное (свыше 12 часов) или вторичное (повторно возникшее спустя 12 часов) кровотечение после удаления зуба, в том числе в случае наличия сопутствующих заболеваний, связанных с нарушением свертываемости крови (гемофилия, болезнь Виллебранда, тромбоцитопеническая пурпура и др.);

2.6. оформления и выдачи медицинской документации.

III. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию с целью получения Застрахованным лицом медицинских и (или) иных услуг:

3.1.1. в связи с патологическими состояниями, отравлениями и (или) травмами, возникшими у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.1.2. в связи с получением травматического повреждения или иного нарушения здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

3.1.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.1.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.1.5. в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой (B03), полиомиелитом (A80), малярией (B50 – B54), тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС) (U04)). Не оплачиваются медицинские и иные услуги в связи с заболеванием из числа указанных в настоящем пункте 3.1.5 после постановки диагноза данного заболевания;

3.1.6. в связи с заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
B20 – B24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
A90 – A99	вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки

B65 – B83	гельминтозы
B16; B18.0; B18.1	гепатит В
B17.1; B18.2	гепатит С
A36	дифтерия
A50 – A64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
A30	лепра
B50 – B54	малярия
B85 – B89	педикулез, акариаз и другие инфестации
A24	сап и мелиоидоз
A22	сибирская язва
A15 – A19	туберкулез
A00	холера
A20	чума
B34.2	коронавирусная инфекция (2019-nCoV)

Не оплачиваются медицинские и иные услуги в связи с заболеванием из числа указанных в настоящем пункте 3.1.6 после постановки диагноза данного заболевания;

3.1.7. в связи со следующими заболеваниями:

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
C00 – C97	злокачественные новообразования
E10 – E14	сахарный диабет
F00 – F99	психические расстройства и расстройства поведения

Не оплачиваются медицинские и иные услуги в связи с заболеванием из числа указанных в настоящем пункте 3.1.7 после постановки диагноза данного заболевания;

3.1.8. в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица (O00 – O99);

3.1.9. в связи с оказанием Застрахованному лицу высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;

3.1.10. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (включая стоматологическую медицинскую помощь) в плановой форме;

3.1.11. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.1.12. в связи с получением Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской специализированной, медицинской помощи в

экстренной и неотложной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.1.13. в связи с репатриацией останков в случае смерти Застрахованного лица, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.1.14. в связи с транспортировкой Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой добровольного медицинского страхования к нему);

3.1.15. связанных с приемами, консультациями и манипуляциями врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по ортодонтической стоматологии и имплантологии;

3.1.16. связанных с применением общего наркоза при оказании стоматологической помощи;

3.1.17. связанных лечением некариозных поражений зубов; глубоким фторированием зубов; восстановление коронковой части зуба с помощью штифтов;

3.1.18. связанных с зубопротезированием и подготовкой к нему, включая перелечивание корневых каналов, удаление кист, удаление и депульпирование зубов и прочие подготовительные работы; имплантация зубов.

3.1.19. связанных с оказанием услуг в профилактических и косметических целях: герметизация фиссур, химическое, лазерное и другое отбеливание зубов, реставрация зубных рядов, косметическое восстановление зубов; замена старых пломб без медицинских показаний;

3.1.20. связанных с ортодонтическими видами лечения;

3.1.21. связанных с лечением пародонтоза, хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта, в том числе открытый кюретаж; шинирование зубов при заболеваниях тканей пародонта; аппаратное лечение (в том числе на аппарате "Вектор").

3.2. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию за медицинскими и (или) иными услугами:

3.2.1. если Застрахованным лицом получены медицинские и (или) иные услуги, не предусмотренные договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и (или) программой добровольного медицинского страхования;

3.2.2. если Застрахованным лицом получены медицинские и (или) иные услуги в медицинских и (или) иных организациях, не согласованных Страховщиком и (или) не предусмотренных договором страхования;

3.2.3. если медицинские и (или) иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;

3.2.4. если Застрахованным лицом получены медицинские услуги, не назначенные лечащим врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы добровольного медицинского страхования.

3.3. В соответствии со статьей 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и (или) иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

3.3.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.3.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.3.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

IV. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И (ИЛИ) ИНЫХ УСЛУГ

При необходимости получения Застрахованным лицом медицинских и (или) иных услуг Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) обращается по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую и иную организацию, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретной медицинской и иной организации.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации.

При обращении в медицинскую или иную организацию Застрахованное лицо должно предъявить индивидуальный страховой полис, документ, удостоверяющий личность.

При невозможности получения рекомендованных лечащим врачом медицинских услуг в медицинской организации, в которой проводится лечение, Застрахованное лицо обращается к Страховщику по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.