

общество с ограниченной ответственностью
страховая компания

«Пульс»

Утверждено
приказом ООО СК «Пульс»
от 07.02.2022 г. № 16-п

ПРАВИЛА
КОМБИНИРОВАННОГО
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
И
СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

Москва 2022 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила комбинированного добровольного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила страхования, Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Страховщиком договоров добровольного медицинского страхования граждан и комбинированного добровольного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней (далее – договор страхования, страховой полис).

1.2. Информация о Страховщике и условиях страхования размещена на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», сведения об адресе которого содержатся в договоре страхования.

1.3. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик вправе договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и/или о дополнении Правил (в том числе Приложений к Правилам страхования). Все изменения и дополнения к Правилам страхования указываются в договоре страхования и приложенных к нему документах. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

1.4. Страховщик вправе на основе Правил страхования формировать полисные условия страхования (выдержки/выписки из Правил страхования/условия страхования), программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования (страховые продукты), заключаемых на основе Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и Правилам страхования (далее — Полисные условия или Условия страхования). Полисные условия/Условия страхования прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия, в том числе аббревиатуру, отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации, и в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

1.6. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

Страховой риск - предполагаемое событие, предусмотренное договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами производится страхование.

Страховой случай - совершившееся в период действия Договора событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая сумма - денежная сумма, установленная договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая выплата – определенная договором денежная сумма, которая выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором.

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

Несчастный случай или болезнь – укусы диких животных (включая бродячих собак), насекомых или ядовитых змей, повлекшие за собой нарушение целостности кожных покровов и/или причинение Застрахованному лицу телесных повреждений и/или возникновение таких инфекционных заболеваний как: клещевой энцефалит (энцефаломиелит), клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевой эрлихиоз, бешенство, при условии, что укус произошел в период действия договора страхования.

Врач (а также - сертифицированный (квалифицированный) медицинский специалист) – специалист с высшим медицинским образованием, на законных основаниях и в соответствии с имеющимися сертификатами, квалификацией допущенный к осуществлению медицинской практики соответствующей специализации.

Медицинская программа – перечень и условия предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования.

Сервисная компания – компания, организующая в соответствии с Медицинской программой, медицинские и иные услуги на условиях, предусмотренных заключенным со Страховщиком соответствующим Договором. Страховщик самостоятельно определяет Сервисную компанию и вправе заменить Сервисную компанию без согласования со Страхователем или самостоятельно выполнять данную функцию.

Лечебное учреждение – частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинской деятельности, оснащенная материальными / техническими средствами и укомплектованная квалифицированным персоналом для осуществления диагностики и/или терапевтического и/или хирургического лечения заболеваний.

Медицинские услуги - медицинская и лекарственная помощь и иные услуги, оказываемые медицинскими организациями Застрахованным лицам вследствие расстройства их здоровья или их состояния, требующего организации и оказания таких услуг.

Лекарственные препараты (лекарственная помощь / обеспечение) – любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта.

Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты по отдельным страховым рискам, страховым случаям, установленный Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и/или Договором страхования (включая приложения к нему). Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в том числе в процентах от страховой суммы), а при осуществлении добровольного медицинского страхования также и в натуральном выражении (то есть по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству обращений и иным случаям, установленным условиями страхования).

Период охлаждения – период времени, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора на условиях, изложенных в настоящих Правилах. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора.

Период страхования (срок страхования) – период времени, в течение которого наступившее событие, соответствующее определению страхового риска, признаётся страховым случаем. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Период страхования исчисляется

со дня вступления Договора страхования в силу и заканчивается датой окончания (прекращения/расторжения) Договора страхования.

Надлежащим образом оформленные/ заверенные документы – если иное не предусмотрено договором страхования или Правилами страхования, надлежащим образом оформленными / заверенными документами являются оригиналы соответствующих документов, подписанные уполномоченным лицом выдавшего органа / организации или иным уполномоченным лицом, содержащие оттиск печати (в случаях, когда документом или нормативным актом предусмотрено наличие оттиска печати) или копии указанных документов, заверенные нотариально или органом / организацией или иным уполномоченным лицом, который выдал документ и/или располагает его подлинником.

Территория страхования - определенная в Договоре территория (страна, область, маршрут и т. п.), в пределах которой наступившее в период действия Договора событие, имеющее признаки страхового случая, будет считаться страховым.

Личный кабинет - персональный раздел Страхователя в мобильном приложении Страховщика и/или на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», сформированный Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя, который может быть использован для создания и обмена информацией между Страховщиком и Страхователем в электронной форме для заключения, исполнения, изменения, досрочного прекращения Договора, а также в иных целях не противоречащих настоящим Правилам и действующему законодательству Российской Федерации (далее – РФ).

Мессенджер - программа для мгновенного обмена текстовыми сообщениями и файлами.

Мобильное приложение - программное обеспечение Страховщика, предназначенное для работы на мобильных устройствах (смартфонах, планшетах).

Официальный сайт - официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также иные веб-ресурсы Страховщика. Сайт представляет собой - совокупность программ для электронных вычислительных машин и иной информации, содержащейся в информационной системе страховщика, доступ к которой обеспечивается посредством информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" по доменным именам и (или) по сетевым адресам, позволяющим идентифицировать сайты в сети "Интернет. В соответствии с пунктом 1 статьи 6.1 Закона № 4015-1 в случаях и в порядке, предусмотренных правилами страхования сайт может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) и Страховщиком.

Электронная почта - технология и служба по пересылке электронных сообщений (писем) между пользователями компьютерной сети (Интернета).

Электронная подпись - информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

Электронный документ - документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

Простая электронная подпись - электронная подпись, которая посредством использования кодов, паролей или иных средств подтверждает факт формирования электронной подписи определенным лицом.

Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Стороны договора - Страховщик и Страхователь выступают сторонами договора страхования (далее по тексту настоящих Правил – стороны).

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования по настоящим Правилам являются:

2.1.1. В части добровольного медицинского страхования - являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

2.1.2. В части страхования от несчастных случаев и болезней - имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

2.2. Субъектами страхования по настоящим Правилам являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное (-ые) лицо (-а), Выгодоприобретатель:

Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Пульс» (ООО «СК «Пульс»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством РФ, на основании полученной в установленном порядке лицензии.

Страхователь - дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования. Страхователь вправе застраховать себя (в этом случае он сам является Застрахованным лицом) и/или других физических лиц.

Застрахованное лицо - физическое лицо, определенное в Договоре страхования, и на которое распространяется страхование по Договору страхования, если иное не установлено в Договоре страхования.

По договору страхования Застрахованными лицами могут выступать сам Страхователь, а также его супруг/супруга (брак зарегистрирован в органах записи актов гражданского состояния) и дети (общие дети супругов, дети супруги/супруга) в возрасте до 18 лет.

Для целей определения Застрахованного лица по Договору страхования, родство/состояние в браке лица со Страхователем определяется на дату заключения договора страхования.

Выгодоприобретатель - лицо или несколько лиц, в пользу которых заключён договор страхования. Выгодоприобретатель назначается Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

2.3. В рамках действия настоящих Правил договор страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующей(им) категории(ям):

2.3.1. Состоящие на учете в онкологических, наркологических, психоневрологических, туберкулезных диспансерах;

2.3.2. ВИЧ-инфицированные;

2.3.3. Имеющие злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови.

2.4. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование физических лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.3. настоящих Правил. Если будет установлено, что по договору страхования принято на страхование Застрахованное лицо без согласия Страховщика вследствие сообщения Страхователем заведомо ложных сведений об указанных обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

2.5. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ (СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ)

3.1. По настоящим Правилам страховыми рисками являются предполагаемые события из числа указанных ниже, на случай наступления которых осуществляется страхование. По настоящим Правилам страховыми случаями с учетом исключений и ограничений, указанных в п.п 4.1. и 4.2 настоящих Правил признаются следующие совершившиеся события, происшедшие в период действия Договора страхования:

3.1.1. По добровольному медицинскому страхованию:

3.1.1.1. Возникшие в период действия Договора страхования обстоятельства, требующие организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «Медицинская помощь»),

3.1.1.2. Назначение медикаментозных средств, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, Застрахованному лицу в связи с событием, предусмотренным п. 3.1.1.1. настоящих Правил страхования (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «Лекарственная помощь»).

3.1.2. По страхованию от несчастных случаев и болезней:

3.1.2.1. Смерть застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, а также смерть Застрахованного лица, наступившая в течение 3 (трех) месяцев с даты несчастного случая или болезни, произошедших в течение срока действия договора страхования (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «Смерть в результате несчастного случая или болезни»);

3.1.2.2. Причинение в результате несчастного случая застрахованному лицу телесных повреждений, прямо предусмотренных Таблицей страховых выплат при телесных повреждениях Застрахованного лица (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «Телесные повреждения»);

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование (Программа страхования), и иных условий страхования указывается в Договоре страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

4.1. Если иное не предусмотрено договором страхования не являются страховыми случаями (не покрывается страхованием) и страховая выплата не производится:

4.1.1. по событиям, произошедшим в результате умысла Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателя.

4.1.2. по событиям, произошедшим в результате укусов диких животных, ядовитых змей или насекомых связанным с профессиональной деятельностью застрахованного лица такой как разведение, ловля, содержание и (или) дрессура диких животных, ядовитых змей или насекомых.

4.1.3. обращение за получением медицинской и (или) лекарственной помощи лицом, не

являющимся Застрахованным, а также, если виды оказанной медицинской и (или) лекарственной помощи не предусмотрены программой добровольного медицинского страхования или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица;

4.1.4. обращение Застрахованного за получением медицинской и (или) лекарственной помощи по поводу события произошедшего до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования, или произошедшего за пределами Территории страхования.

4.1.5. Событие не может быть классифицировано как страховой случай, исходя из терминов и определений, закрепленных Правилами, страховым Полисом и/ или Программой добровольного медицинского страхования.

4.1.6. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования, или произошло за пределами Территории страхования.

4.1.7. В связи с обращением по поводу иных заболеваний, не указанных в Программе добровольного медицинского страхования и не связанных с укусом клеща, диких животных, ядовитых змей или насекомых.

4.1.8. Медицинские и иные услуги оказаны за пределами Территории страхования, указанной в Программе добровольного медицинского страхования.

4.1.9. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

4.1.10. Расходы на лекарственные препараты (кроме случаев, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования);

4.1.11. Услуги, назначенные Застрахованному лицу без медицинских показаний или получаемые по желанию Застрахованного лица.

4.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

4.2.1. После исчерпания страховой суммы;

4.2.2. После окончания срока действия страхового Полиса.

4.3. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории, указанной в договоре страхования (Территория страхования).

5.2. Если в договоре страхования не указана Территория страхования, то территорией страхования является территория Российской Федерации.

5.3. Из Территории страхования исключаются государства и территории, на которых ведутся военные действия.

5.4. По соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования могут быть предусмотрены иные исключения из территории страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя и указывается в договоре страхования.

6.2. По страховым случаям, предусмотренным п. 3.1.1.1 «Медицинская помощь» и п. 3.1.1.2. «Лекарственная помощь» настоящих Правил устанавливается общая страховая сумма.

Страховой суммой является максимальный размер страховых выплат по данным страховым случаям, определяемый исходя из состава и стоимости медицинской и лекарственной помощи,

предусмотренных договором страхования и программой добровольного медицинского страхования.

Страховая сумма устанавливается уменьшаемой, рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока страхования и суммы страховых выплат, осуществленных Страховщиком в период срока страхования по всем произошедшим страховым случаям, предусмотренным п. 3.1.1.1 «Медицинская помощь» и п. 3.1.1.2. «Лекарственная помощь» настоящих Правил. Если страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по Договору страхования в части страховых рисков п. 3.1.1.1 «Медицинская помощь» и п. 3.1.1.2. «Лекарственная помощь» настоящих Правил считаются исполненными.

6.3. По страховым случаям, предусмотренным п. 3.1.2.1 «Смерть в результате несчастного случая или болезни» и п. 3.1.2.2 «Телесные повреждения» настоящих Правил устанавливается общая страховая сумма. Страховая сумма устанавливается уменьшаемой. Если страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по Договору страхования в части страховых рисков п. 3.1.2.1 «Смерть в результате несчастного случая или болезни» и п. 3.1.2.2. «Телесные повреждения» настоящих Правил считаются исполненными.

6.4. В договоре страхования страховые суммы указываются в российских рублях.

6.5. В рамках общей страховой суммы могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика по любому из страховых рисков или группе рисков, указанных в Договоре и предусмотренных настоящими Правилами.

6.6. Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов. Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

6.7. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос - часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.8. Страховая премия определяется Страховщиком исходя из страховой суммы в соответствии с действующими на момент заключения Договора тарифами, исходя из условий Договора и оценки степени риска.

6.9. Оплата страховой премии по договору страхования может производиться в полном объеме или периодическими платежами. Конкретный порядок оплаты страховой премии указывается в договоре страхования.

6.10. В случае неуплаты или неполной оплаты страховой премии, уплачиваемой одновременно, либо первого страхового взноса при уплате в рассрочку, в размере и сроки, установленные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, и страховые выплаты по нему не производятся.

В этом случае, поступившие оплаченные денежные средства считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату Страхователю в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя, содержащего реквизиты для перечисления денежных средств.

6.11. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) при платеже путем безналичных

расчетов считается день, когда кредитная организация, обслуживающая Страхователя, исполнила его распоряжения о переводе суммы страховой премии (страхового взноса) безналичным путем на расчетный счет Страховщика.

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

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного Заявления Страхователя. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования. К договору страхования также могут прилагаться и являться неотъемлемой его частью Правила страхования, а также иные приложения, если это прямо указано в договоре страхования.

7.2. Договор страхования может заключаться путем:

7.2.1. Составления одного документа, подписанного сторонами. Договор страхования в этом случае скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах.

7.2.2. Вручения Страхователю на основании устного или письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса и Правил. Принятие Страхователем страхового полиса и Правил страхования подтверждается оплатой Страхователем страховой премии в порядке и сроки, установленные Договором, а также дополнительным подтверждением может являться подпись Страхователя в платежном документе. Подписание страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного (или иного графического) воспроизведения подписи уполномоченного представителя и печати Страховщика является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика.

Направление Полиса посредством сети «Интернет» по адресу электронной почты, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, или путем его размещения в Личном кабинете Страхователя и/или мобильном приложении Страховщика является надлежащим вручением Полиса Страхователю. При этом Стороны вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Полис на бумажный носитель.

7.2.3. Направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью страховщика. В соответствии с пунктом 4 статьи 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным страхователем на предложенных страховщиком условиях с момента уплаты страхователем страховой премии. Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре добровольного страхования и правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных страховщиком условиях.

Простой электронной подписью Страхователя является электронная подпись, которая посредством использования кодов, паролей или иных средств подтверждает факт формирования электронной подписи определенным лицом. В том числе, простой электронной подписью могут

являться: логин (последовательность символов, служащая для идентификации Страхователя в личном кабинете на официальном сайте Страховщика, страхового Агента, страхового брокера и/или мобильном приложении Страховщика, страхового Агента, страхового брокера и постоянный пароль (пароль многократного использования с неограниченным сроком действия, который используется для аутентификации и идентификации Страхователя при входе в личный кабинет на официальном сайте Страховщика, страхового Агента, страхового брокера), либо указанный Страхователем номер телефона и одноразовый пароль (пароль одноразового использования, получаемый Страхователем от Страховщика на указанный Страхователем номер телефона). Пароль является ключом простой электронной подписи Страхователя.

Страхователь - уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях. Простой электронной подписью Страхователь также может заверять ознакомление и принятие предоставляемых Страховщиком документов при заключении Договора страхования (памятки, декларации, информация об условиях и т.д.).

7.3. Страховщик вправе предусмотреть на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в мобильном приложении Страховщика, а также иных электронных ресурсах и каналах Страховщика (мессенджеры, электронная почта), в мобильном приложении и/или на сайте страхового агента Страховщика, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями), возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в том числе касающейся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов/сведений).

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями законодательства РФ и направленные в порядке, установленном настоящим пунктом, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в форме договора страхования, заявлении о заключении договора страхования или в письменном запросе Страховщика.

7.5. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или информации, представленной Страхователем (в том числе для заключения договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т. д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

7.6. Если Страхователем / Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем указаны неполные или неточные сведения, Страховщик вправе отложить оформление договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет обратившееся лицо любым

доступным способом (посредством телефонной, факсимильной и иной связи) в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента установления факта предоставления неполных или неточных сведений.

7.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для заключения договора страхования, Страховщик вправе признать договор недействительным и требовать применения последствий, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

7.8. В случае утраты Страхователем страхового полиса или договора страхования в период его действия по заявлению Страхователя ему выдается дубликат.

7.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

7.10. При наличии расхождений между положениями договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

7.11. Любые извещения, заявления, обращения и иные документы, направляемые Сторонами друг другу в рамках исполнения договора страхования, и/или направляемые Страховщику лицами, в пользу или в отношении которых заключен договор страхования, должны совершаться в письменной форме, и направляться по почтовым адресам Сторон, адресам электронной почты Сторон, адресам мессенджеров Сторон, посредством личного кабинета Страхователя на официальном сайте Страховщика и/или мобильного приложения Страховщика, а также посредством личного кабинета Страхователя на официальном сайте страхового Агента, страхового брокера и/или мобильном приложении страхового Агента, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями), а также по иным контактными данным Сторон, указанным в договоре страхования и его приложениях, в письменном заявлении (обращении) и иных документах, содержащих уведомление об изменении контактной информации или реквизитов и иными.

7.12. Все заявления, обращения, уведомления и иные документы, Страхователь вправе направить Страховщику в электронном виде с использованием электронных ресурсов и каналов Страховщика (официальный сайт/ мобильное приложение, мессенджеры, электронная почта).

7.13. Страховщик уведомляет заинтересованных лиц об изменении своей контактной информации и иных сведений путем размещения информационного сообщения на официальном сайте Страховщика, а также с использованием других электронных ресурсов и каналов Страховщика (мобильное приложение, мессенджеры, электронная почта).

7.14. Страхователь обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) календарных дней, уведомить Страховщика об изменении сведений, в том числе, представленных Страховщику при заключении договора страхования и/или контактной информации о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, путем направления письменного заявления по почтовому адресу Страховщика, указанному в договоре страхования, или в соответствующем информационном извещении на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», либо вручения Страховщику лично.

7.15. Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному) сообщения посредством СМС-сообщений, электронной почты, мессенджеров по адресам, согласно сведениям, указанным Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) в имеющихся у Страховщика

документах, или посредством размещения информации на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет», в мобильном приложении Страховщика, на официальных сайтах и в мобильных приложениях страхового Агента, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями). В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

7.16. Внесение изменений в договор страхования осуществляется в порядке, установленном законодательством РФ.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме – с момента полного исполнения указанных обязательств Страховщиком.

8.1.2. Признания договора страхования недействительным по решению суда – с даты, указанной в решении суда.

8.1.3. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай – с 00 часов 00 минут даты прекращения существования страхового риска.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.1.4. По соглашению Сторон – с 23 часов 59 минут дня, указанного как дата досрочного прекращения договора страхования в соответствующем письменном Соглашении.

8.1.5. По требованию Страхователя. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 8.1.3. Правил страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не ранее даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.1.5.1. Если иной срок не предусмотрен договором страхования, Страхователь имеет право отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая при этом:

а) если Страхователь отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (до даты начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

б) если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

В случае оплаты премии в безналичном порядке, возврат Страхователю страховой премии осуществляется в безналичном порядке, а при оплате наличными деньгами Страховщик осуществляет возврат страховой премии способом, выбранным Страхователем – путем выдачи денежных средств из кассы Страховщика или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10

(десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных настоящим пунктом:

- 1) Письменного заявления (в том числе, составленного в форме электронного документа, подписанного простой электронной подписью Страхователя) с указанием реквизитов для выплаты;
- 2) Копия документов, удостоверяющих личность заявителя (представителя) и получателя денежных средств (при его отличии от заявителя);
- 3) Копия документов, подтверждающие полномочия представителя заявителя.

Все документы (кроме документов, удостоверяющих личность иностранного гражданина) предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

При отсутствии в заявлении Страхователя полной информации, необходимой для осуществления возврата страховой премии, срок возврата Страховщиком страховой премии исчисляется с даты получения Страховщиком всех необходимых сведений.

8.1.6. В иных случаях, предусмотренных законодательством РФ, Правилами и договором страхования.

8.2. Если иное не предусмотрено договором страхования или законом, в случаях, не предусмотренных п.п. 8.1.3. и 8.1.5.1. Правил страхования, при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия или её часть возврату не подлежит.

8.3. Досрочное прекращение договора страхования влечет прекращение всех обязательств Сторон по договору страхования (в том числе, но не ограничиваясь этим, прекращение обязательств Страховщика по страхованию (осуществлению страховых выплат)), за исключением обязательств, которые непосредственно связаны с прекращением договора страхования.

8.4. В случае обращения Выгодоприобретателя к Страховщику с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь с указанного момента не вправе заявлять Страховщику отказ от договора страхования и требовать расторжения договора страхования без согласия соответствующего Выгодоприобретателя.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

9.1. Если договором страхования не предусмотрено иное договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в договоре страхования, при условии уплаты страховой премии/первого страхового взноса в порядке и сроки, указанные в договоре страхования.

9.2. Срок действия договора страхования определяется в договоре страхования путем указания даты начала (вступления в силу договора страхования) и даты окончания действия договора страхования.

9.3. Время действия договора 24 часа в сутки.

9.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после даты вступления договора страхования в силу и страхование прекращается с 23 часов 59 минут последнего дня действия договора страхования.

9.5. Прекращение срока действия договора страхования, в том числе досрочное, влечет за собой прекращение Срока страхования.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик имеет право:

10.1.1. Перед заключением договора страхования запросить, а также проверять

информацию, предоставленную Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем при заключении договора страхования, а также проверять выполнение указанными лицами условий договора страхования и Правил страхования;

10.1.2. Запрашивать при необходимости сведения, связанные со страховым случаем, у третьих лиц, располагающих информацией о причинах и обстоятельствах страхового случая, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

10.1.3. Предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» и мобильном приложении Страховщика, мессенджерах Страховщика, сайтах и мобильных приложениях страхового Агента, страхового брокера (если страховой Агент, страховой брокер наделены Страховщиком соответствующими полномочиями) возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов / сведений). Любые документы, направленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с положениями настоящего пункта признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

10.1.4. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором и действующим законодательством РФ.

10.1.5. Осуществлять иные права, предусмотренные настоящими Правилами, Договором и действующим законодательством РФ.

10.2. Страховщик обязан:

10.2.1. Обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской и лекарственной помощи, определенных Договором страхования, Правилами страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

10.2.2. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в соответствии с Договором страхования, Правилами страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

10.2.3. Не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения об имущественном положении и состоянии здоровья Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

10.2.4. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и при заключении Договора страхования вручить экземпляр настоящих Правил Страхователю, используя способы взаимодействия, которые установлены договором.

10.2.5. не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц без письменного согласия Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя), за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

10.3. Страхователь имеет право:

10.3.1. ознакомиться с настоящими Правилами, условиями Договора страхования и получить на руки настоящие Правила и Договор страхования, получить дубликат Договора страхования и Правил;

10.3.2. требовать выполнения Страховщиком условий Договора страхования, настоящих Правил и действующего законодательства РФ;

10.3.3. получать разъяснения по Правилам и заключенному Договору страхования;

10.3.4. отказаться от Договора страхования, в соответствии с условиями настоящих Правил о досрочном прекращении Договора страхования инициативе Страхователя;

10.3.5. осуществлять иные права, специально предусмотренные Договором страхования и действующим законодательством РФ.

10.4. Страхователь обязан:

10.4.1. предоставлять Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования;

10.4.2. соблюдать положения настоящих Правил и Договора страхования;

10.4.3. ознакомить Застрахованных лиц с условиями настоящих Правил и Договора страхования;

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

10.4.5. при изменении любых сведений, указанных в Договоре страхования, Страхователь обязуется сообщать об этом Страховщику не позднее 7 дней;

10.4.6. вернуть полученную страховую выплату, если в течение предусмотренного действующим законодательством РФ срока исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое в соответствии с действующим законодательством РФ или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного права на получение страховой выплаты. Возврат страховой выплаты должен быть осуществлен Страхователем (Застрахованным лицом) в течение 10 (десяти) календарных дней с даты получения требования от Страховщика.

10.4.7. Предоставлять информацию, необходимую для исполнения требований законодательства РФ в сфере противодействия (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, а также в течение всего срока действия договора страхования незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) календарных дней, сообщать об изменении данной информации.

10.5. Застрахованное лицо обязано:

10.5.1. не передавать Договор страхования (Страховой полис и т.п.) другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

10.5.2. соблюдать требования Правил, Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинской организацией.

10.6. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования (включая приложения к ним) и/или договором страхования и/или действующим законодательством РФ.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. В ЧАСТИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:

11.1.1. Для получения услуг по Договору страхования при наступлении страхового случая по риску «Медицинская помощь» (п.3.1.1.1. Правил) Застрахованное лицо обращается в сервисную компанию, привлеченную страховщиком с целью оказания медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования (страховым Полисом) и программой добровольного медицинского страхования.

При обращении в медицинские учреждения Застрахованное лицо предъявляет действующий полис, а также паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

11.1.2. Страховая выплата по рискам «Медицинская помощь» (п. 3.1.1.1 Правил) и «Лекарственная помощь» (п.3.1.1.2 Правил) осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Медицинской программой, в форме:

- оплаты услуг, предусмотренных договором страхования и Медицинской программой, медицинским и иным организациям;

- выплаты Застрахованному лицу, в случае, установленном 11.1.11 направленной на компенсацию понесенных им расходов для получения медицинских и иных услуг, приобретения лекарственных препаратов, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

11.1.3. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным лицам услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по организации оказания медицинских и иных услуг с сервисными компаниями при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

11.1.4. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным лицам, предусмотренные Договором страхования и Медицинской программой.

11.1.5. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывается в оказании) медицинских и иных услуг в течение срока, установленного в договоре страхования (в зависимости от того, что применимо). При этом выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией).

11.1.6. Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в сроки и в соответствии с порядком работы, предусмотренным в организации, непосредственно оказывающей медицинскую или иную услугу. При этом Страховщик вправе проверить объем и качество услуг, оказанных Застрахованному лицу, и их соответствие условиям договора страхования.

11.1.7. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц обеспечивает ознакомление Страхователя (Застрахованного лица) с условиями организации оказания медицинских и иных услуг любыми доступными Страховщику способами (в т.ч. посредством информационных материалов и/или официального сайта Страховщика в сети «Интернет»).

11.1.8. Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения).

11.1.9. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или стоимостью самих услуг, в пределах лимитов ответственности, установленных Медицинской программой (в зависимости от того, что применимо).

11.1.10. Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится Страховщиком в порядке и на условиях, установленных Договором между этими организациями и Страховщиком.

11.1.11. В случае возникновения экстренной необходимости и невозможности обратиться за помощью в сервисную компанию, указанную в страховом Полисе, Застрахованный имеет право обратиться для извлечения клеща и/или профилактики клещевых инфекций, назначения лекарственных средств в медицинское учреждение, имеющее медицинскую лицензию, для получения медицинской помощи самостоятельно. В данном случае Страховщик оплачивает расходы Застрахованного на медицинские услуги в рамках программы добровольного медицинского страхования на основании медицинских документов, подтверждающих установление диагноза, оказание медицинских услуг, документов, подтверждающих оплату Застрахованным оказанных ему услуг и иных документов, затребованных Страховщиком.

11.2. В ЧАСТИ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ:

11.2.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату Выгодоприобретателю в соответствии с условиями договора страхования.

11.2.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая выплата осуществляется в следующем порядке и размерах:

11.2.2.1. По риску «Смерть в результате несчастного случая или болезни» (п. 3.1.2.1 Правил) единовременно в размере 100% страховой суммы по данному страховому риску.

11.2.2.2. По риску «По риску «Телесные повреждения» (п. 3.1.2.2 Правил) единовременно, в соответствии с «Таблицей страховых выплат при телесных повреждениях (травмах) Застрахованного лица в результате несчастного случая»:

№ п/п	Повреждение	Размер страховой выплаты, рубли
1.	Укус клеща, повлекший заболевание клещевым энцефалитом	100 000
2.	Укусы ядовитых змей, насекомых (кроме клещей), диких животных (в том числе бродячих собак) если в результате укусов потребовалось оказание медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях	3 000
3.	Укусы диких животных (в том числе бродячих собак), ядовитых змей или насекомых (кроме клещей) при стационарном лечении:	
а)	6-10 дней	15 000
б)	11-20 дней	25 000
в)	свыше 21 дня	50 000
4.	Травматический шок, геморрагический, анафилактический шок, развившийся в связи с укусами диких животных (в том числе бродячих собак), ядовитых змей или насекомых	25 000

Выплаты по пунктам 2 и 3 таблицы «Таблицей страховых выплат при телесных повреждениях (травмах) Застрахованного лица в результате несчастного случая» не суммируются, выплата производится в соответствии с пунктом, предусматривающим наибольший размер страховой выплаты.

11.3. Документы, необходимые для рассмотрения страхового события:

11.3.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, независимо от страхового риска Страховщику должны быть предоставлены:

11.3.1.1. письменное заявление о наступлении страхового случая по установленной Страховщиком форме;

11.3.1.2. документ, удостоверяющий личность Страхователя и/или Выгодоприобретателя;

11.3.1.3. доверенность на представителя (в случае обращения за страховой выплатой законного представителя Выгодоприобретателя);

11.3.1.4. документы, подтверждающие опеку/родство (в случае обращения законного представителя Выгодоприобретателя);

11.3.1.5. договор страхования (страховой полис) со всеми приложениями и дополнительными соглашениями с квитанцией об оплате страховой премии;

11.3.2. При наступлении события по рискам «Медицинская помощь» (п. 3.1.1.1 Правил) и «Лекарственная помощь» (п. 3.1.1.2 Правил) дополнительно к документам, перечисленным в п. 11.3.1 Правил должны быть предоставлены следующие документы:

11.3.2.1. при стационарном лечении — выписка (выписной эпикриз) из медицинской карты стационарного больного; при амбулаторном лечении — выписка из медицинской карты амбулаторного больного, заверенная лечебным учреждением с указанием ФИО пострадавшего, даты рождения, обстоятельств травмы (заболевания), диагноза, даты составления выписки, даты получения травмы (заболевания), сроков лечения, описания лабораторных и инструментальных исследований;

11.3.2.2. рецепты, выписанные лечащим врачом медицинского учреждения (в том числе в случае приобретения за счет собственных средств иммуноглобулина противоклещевого) с указанием наименований препаратов, даты рецепта, ФИО и даты рождения Застрахованного;

11.3.2.3. копии лицензий (с приложениями) Медицинской организации, в которой Застрахованное лицо проходило лечение, или разрешения на оказание платных медицинских услуг населению (для Медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);

11.3.2.4. платежно-расчетные документы, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских услуг / приобретенных медикаментозных средств (с указанием наименований и стоимости препаратов);

11.3.2.5. Возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, осуществляются только в случаях, предусмотренных п. 11.1.11 Правил или по предварительному согласованию со Страховщиком.

11.3.3. При наступлении события по риску «Смерть в результате несчастного случая или болезни» (п. 3.1.2.1 Правил) дополнительно к документам, перечисленным в п. 11.3.1 Правил должны быть предоставлены следующие документы:

11.3.3.1. документ, с указанием причины смерти: справка о смерти / медицинское свидетельство о смерти / протокол патологоанатомического вскрытия или акт судебно-медицинского вскрытия (если вскрытие не производилось - копия заявления родственников об отказе от вскрытия);

11.3.3.2. посмертный эпикриз, если смерть наступила в лечебном учреждении;

11.3.3.3. свидетельство о смерти;

11.3.3.4. свидетельство о праве на наследство

11.3.3.5. документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного), заверенная лечебным учреждением с указанием ФИО умершего, даты рождения, обстоятельств травмы (заболевания), даты составления выписки,

даты получения травмы (заболевания), сроков лечения, полного диагноза, явившегося причиной смерти и даты его установления

11.3.4. При наступлении события по риску «Телесные повреждения» (п. 3.1.2.2 Правил) дополнительно к документам, перечисленным в п. 11.3.1 Правил должны быть предоставлены следующие документы:

11.3.4.1. при стационарном лечении — выписка (выписной эпикриз) из медицинской карты стационарного больного; при амбулаторном лечении — выписка из медицинской карты амбулаторного больного, заверенная лечебным учреждением с указанием ФИО пострадавшего, даты рождения, обстоятельств травмы (заболевания), диагноза, даты составления выписки, даты получения травмы (заболевания), сроков лечения, описания лабораторных и инструментальных исследований.

11.3.4.2. результаты лабораторных и/или инструментальных исследований и т.д. в зависимости от характера травмы (заболевания), подтверждающие поставленный диагноз, если страховое событие связано с травмой (заболеванием).

11.3.5. По согласованию со Страховщиком, документы, перечисленные в п.11.3 настоящих Правил, могут быть предоставлены в электронном виде (скан-копии/фото в читаемом качестве) с использованием официальных электронных ресурсов и каналов Страховщика (сайт/мобильное приложение, мессенджеры, электронная почта). При этом, в случае необходимости, Страховщик имеет право запросить оригиналы документов, указанных в п.11.3 настоящих Правил, а Страхователь/Выгодоприобретатель обязан предоставить вышеуказанные документы. Страховщик имеет право отсрочить принятие решения по заявленному событию до момента предоставления оригиналов запрошенных документов Страхователем/Выгодоприобретателем. Страховщик имеет право сократить перечень и содержание документов, указанных в п.11.3 настоящих Правил, если из имеющихся документов возможно установить факт и причины наступления страхового случая, либо запросить у Страхователя/Выгодоприобретателя иные сведения и документы, имеющие отношение к заявленному событию. Страховщик также оставляет за собой право в установленном законом порядке запросить в уполномоченных государственных органах, медицинских и иных организациях документы, необходимые для рассмотрения Страхового события и признания его Страховым случаем. При этом срок получения ответа от вышеуказанных компетентных органов не учитывается в рамках срока принятия решения Страховщиком согласно 11.3.7.

11.3.6. Все документы, предоставляемые Страховщику в связи с наступлением страхового случая, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает заявитель.

11.3.7. В срок не позднее 20 (двадцати) рабочих дней после получения последнего из необходимых документов, указанных п.11.3 в настоящих Правилах страхования, Страховщик обязан принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в осуществлении страховой выплаты. В случае принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты направить Страхователю мотивированный отказ в страховой выплате в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения об отказе. В случае принятия решения об осуществлении страховой выплаты осуществить страховую выплату в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения о выплате.

11.3.8. Страховщик имеет право, письменно уведомив лицо, обратившееся за страховой

выплатой, вынести мотивированное решение об отсрочке принятия решения о признании или непризнании события страховым случаем, если по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания производства по уголовному делу или судебному процессу (до события, которое наступит ранее) или возникла необходимость в экспертизе представленных документов. Отсрочка возможна в случае, если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих наступление события, имеющего признаки страхового случая. Страховое расследование проводится в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения всей необходимой информации и запрошенных Страховщиком документов в соответствии с настоящим пунктом Правил страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. При разрешении споров между Страхователем / Выгодоприобретателем / Застрахованным (получателем страховых услуг) и Страховщиком стороны применяют претензионный досудебный порядок, если иное не предусмотрено законом. Претензия подается путем направления заявления Страховщику.

12.2. В претензию включаются следующие сведения:

- наименование, место нахождения и адрес страховой организации;
- наименование заявления (претензии) - заявление потребителя, направляемого в страховую организацию в электронной форме;
- дата и место ее составления;
- дата претензии;
- номер и дата договора страхования;
- суть требований и фактические обстоятельства, на которых основаны требования, а также доказательства, подтверждающие данные требования;
- размер требований имущественного характера и реквизиты банковского счета (в случае, если требование является денежным);
- вид заявителя (потребитель или третье лицо, которому уступлено право требования потребителя к страховой организации):

1) в случае, если претензия направляется физическим лицом: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения, место рождения, вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер и дата выдачи такого документа, место жительства или место пребывания; контактную информацию (например, телефон, адрес электронной почты)

2) в случае, если заявление направляется физическим лицом, зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, дополнительно к п.п. 1) п. 12.2: дата государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, идентификационный номер налогоплательщика;

3) в случае, если заявление направляется юридическим лицом: наименование, место нахождения, дата государственной регистрации, идентификационный номер налогоплательщика, контактную информацию (например, телефон, адрес электронной почты).

– подпись заявителя или представителя заявителя, и документ, подтверждающий его полномочия.

– наименование подразделения, должности, фамилии, имени, отчества (при наличии) работника Страховщика, действия (бездействия) которого обжалуются.

К претензии должны быть приложены документы, подтверждающие обоснованность заявленных в претензии требований, перечень которых указывается в претензии.

12.3. Письменная мотивированная претензия должна быть вручена уполномоченному представителю стороны лично, направлена по почте заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении, либо представлена в электронной форме, включая обмен информацией в электронной форме (с использованием мессенджеров, электронной почты, адрес которой указан на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», сайта Страховщика и/или мобильного приложения Страховщика).

12.4. Претензия потребителя страховых услуг должна быть рассмотрена Страховщиком:

1) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления (претензии) получателя страховых услуг в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней (стандартные формы заявлений размещены на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной «Интернет»);

2) в течение 30 (тридцати) дней со дня получения и регистрации заявления (претензии) потребителя страховых услуг в иных случаях.

Претензии Страховщика должны быть рассмотрены в течение 30 (тридцати) дней со дня их получения потребителем страховых услуг.

12.5. Обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается лицу, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

12.6. Ответ на заявление (претензию) потребителя страховых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя страховых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу с возможностью дублирования информации в личный кабинет на сайте Страховщика и/или мобильного приложения Страховщика, мессенджеры.

12.7. Ответ на заявление (претензию) не дается в следующих случаях:

- в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;
- текст обращения не поддается прочтению;
- в обращении содержатся только те вопросы, на которые обратившемуся лицу ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;
- в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу Страховщика, имуществу, жизни и (или) здоровью работников Страховщика, а также членов их семей;
- обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки; из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.