

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
№ 07.2

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На условиях настоящих Правил и действующего законодательства Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания "МАКС страхование жизни" (далее - Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования (далее - договоры страхования).

1.2. Страхователями могут выступать:

1.2.1. Дееспособные физические лица (в том числе зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации в качестве индивидуальных предпринимателей), заключающие со Страховщиком договоры страхования в свою пользу и (или) в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

1.2.2. Юридические лица любых организационно-правовых форм собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие со Страховщиком договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

1.3. Если договор страхования заключен Страхователем – физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

1.4. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.5. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг определенного объема и качества по программе добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования (далее – Программа ДМС).

1.6. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг с Медицинскими организациями и (или) Сервисными компаниями.

Страховщик имеет право организовать предоставление медицинских и иных услуг также в зарубежных медицинских организациях. Такая организация может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими организациями, так и через российские медицинские и (или) иные организации (учреждения), либо при посредничестве Сервисных компаний.

1.7. Под Медицинскими организациями в целях настоящих Правил понимаются:

- юридические лица независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, с которыми Страховщик и (или) Сервисная компания заключили договоры о предоставлении медицинских и иных услуг Застрахованным лицам;

- аптечные и иные организации, осуществляющие фармацевтическую деятельность, с которыми Страховщик и (или) Сервисная компания заключили договоры о предоставлении лекарственной помощи Застрахованным лицам.

1.8. Под Сервисной компанией в целях настоящих Правил понимается специализированная организация, с которой Страховщик заключил договор об оказании услуг по организации медицинской помощи и (или) иных услуг Застрахованным лицам.

1.9. Медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой ДМС, оказываются Застрахованному лицу на территории страхования (территории действия договора страхования), указанной в договоре страхования.

Если договором страхования не предусмотрено иное, территорией страхования является Российская Федерация.

1.10. Если иное не предусмотрено договором страхования, посмертная репатриация (если она предусмотрена договором страхования и (или) Программой ДМС) организуется и (или) оплачивается Страховщиком при нахождении тела (останков) умершего Застрахованного лица на территории Российской Федерации.

1.11. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать типовые условия страхования, предназначенные для заключения единообразных договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора), ориентированных на конкретный сегмент Страхователей (Застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам (страховой продукт, программа страхования).

Страховщик вправе также присваивать маркетинговые названия страховым продуктам (программам страхования).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, 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, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности возникновения, на случай которого проводится страхование.

3.2. По настоящим Правилам страхования страховым риском является:

- риск обращения Застрахованного лица в течение срока действия страхования в Медицинскую организацию (по направлению Страховщика (Сервисной компании), или предусмотренную договором страхования, или согласованную со Страховщиком (Сервисной компанией)) при заболевании, травме, отравлении, других несчастных случаях или состояниях за получением медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренной Программой ДМС;

- риск обращения представителя Застрахованного лица к Страховщику (Сервисной компании) в случае смерти Застрахованного лица в результате заболевания, несчастного случая или состояния за получением услуг по посмертной репатриации в объеме Программы ДМС (если такие услуги предусмотрены договором и (или) Программой ДМС).

3.3. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.4. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами страхования является:

- обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования в Медицинскую организацию (по направлению Страховщика (Сервисной компании), или предусмотренную договором страхования, или согласованную со Страховщиком (Сервисной компанией)) при заболевании, травме, отравлении, других несчастных случаях или состояниях за получением медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренной Программой ДМС;

- обращение представителя Застрахованного лица к Страховщику (Сервисной компании) в случае смерти Застрахованного лица в результате заболевания, несчастного случая или состояния за

получением услуг по посмертной репатриации в объеме Программы ДМС (если такие услуги предусмотрены договором и (или) Программой ДМС).

3.5. Страховщик имеет право определить в договоре страхования конкретный перечень заболеваний, состояний, несчастных случаев, обращение по поводу которых является страховым случаем по договору страхования, или определить в договоре страхования, что обращения производятся только по заболеваниям или только по несчастным случаям.

3.6. Конкретный перечень медицинских и иных услуг, организуемых и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, а также порядок оказания таких услуг определяется в Программе добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования (Программе ДМС).

3.7. Программы ДМС формируются Страховщиком на основании Базового перечня медицинских и иных услуг для программ добровольного медицинского страхования (приложение № 1 к Правилам страхования).

3.8. Программам ДМС Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия.

3.9. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами:

3.9.1. В связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.9.2. В связи с получением травматического повреждения или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий.

3.9.3. В связи с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

3.9.4. В связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений.

3.9.5. Если такая услуга (помощь) не предусмотрена Программой ДМС или не назначена врачом, или при отсутствии медицинских показаний на такую услугу (помощь).

3.9.6. Если такая услуга (помощь) не согласована со Страховщиком или Сервисной компанией в случаях, когда такое согласование является обязательным.

3.9.7. Если такая услуга (помощь) самостоятельно организована Страхователем или Застрахованным лицом (кроме случаев, когда договором страхования или Программой ДМС предусмотрена самостоятельная организация такой услуги (помощи)).

3.9.8. По поводу заболеваний, состояний, связанных с добровольным отказом Застрахованного лица от выполнения предписаний врача, полученных Застрахованным лицом во время оказания ему медицинской помощи в рамках договора страхования.

3.9.9. По поводу травм, заболеваний, иных нарушениях здоровья, полученных в результате террористических актов, стихийных бедствий, при обращении с оружием, в том числе нелегальным.

3.9.10. С целью получения медицинских или иных услуг вне территории страхования или по окончании срока страхования.

3.9.11. Во время поездки Застрахованного лица, предпринятой с целью получить лечение вне населенного пункта постоянного проживания Застрахованного лица.

3.9.12. По поводу острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, травм, ожогов, отравлений и состояний, возникших до начала действия страхования, а также по поводу лечения последствий и осложнений травматических повреждений, полученных до начала действия страхования.

3.9.13. В связи с заболеваниями и состояниями, предусмотренными п.3.10 Правил страхования (если договором страхования или Программой ДМС не предусмотрена организация и оплата медицинских и иных услуг в связи с данными заболеваниями или состояниями).

3.9.14. Предусмотренными п.3.11 Правил страхования (если договором страхования или Программой ДМС не предусмотрена организация и оплата таких услуг).

3.10. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования или Программой ДМС, не является страховым случаем обращение в медицинскую и (или) иную организацию с целью

организации и (или) оказания медицинских и иных услуг, необходимость которых вызвана следующими заболеваниями и (или) состояниями:

3.10.1. Психические расстройства и расстройства поведения, в том числе алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, включая связанные с ними и с употреблением алкоголя, наркотических и иных психоактивных, отравляющих веществ заболевания и травмы.

3.10.2. Эпилепсия, эпилептиформные синдромы, другие эпизодические и пароксизмальные расстройства нервной системы (кроме транзиторных ишемических атак), демиелинизирующие, дегенеративные и атрофические заболевания нервной системы, рассеянный склероз, экстрапирамидные и другие двигательные нарушения, болезнь Паркинсона, паркинсонизм, гидроцефалия, болезни нервно-мышечного синапса и мышц, детский церебральный паралич; дисциркуляторная энцефалопатия, кондуктивная и нейросенсорная тугоухость, другие потери слуха; ронхопатия, расстройства сна.

3.10.3. Расстройства питания и нарушения обмена веществ, их осложнения, метаболический синдром, ожирение, сахарный диабет 1 и 2 типов и его осложнения, нарушения толерантности к глюкозе; эндокринные заболевания, сопровождающиеся выраженной недостаточностью функции внутренних желез, нейрообменно-эндокринные нарушения, в том числе с нарушением менструальной функции, дисфункция яичников, гиперпролактинемия, гиперандрогенемия, поликистоз яичников.

3.10.4. Системные поражения соединительной ткани, васкулиты, болезнь Бехтерева, а также все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, ревматизм, ревматические заболевания, аутоиммунные заболевания (кроме аутоиммунного тиреоидита), бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, подагра, заболевания крови и кроветворных органов (в том числе хроническая железодефицитная анемия).

3.10.5. Хориоретинальная дистрофия, глаукома, макулодистрофия, амблиопия, болезнь хрусталика, косоглазие, катаракта, халязион, гордеолум.

3.10.6. Туберкулез, саркоидоз, амилоидоз.

3.10.7. Экзема, нейродерматит, атопический дерматит, псориаз, алопеция, угревая сыпь, себорея, ксероз, ихтиоз, микозы, онихомикозы, демодекоз, аккариазы, гельминтозы;

3.10.8. Заболевания пародонта, заболевания полости рта и слюнных желёз, в том числе некариозное поражение зубов, флюороз, клиновидные дефекты.

3.10.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью; неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

3.10.10. Острая и хроническая лучевая болезнь, профессиональные заболевания, орфанные заболевания.

3.10.11. Беременность, роды, послеродовый период и связанные с ними состояния, в том числе осложненное течение беременности, осложнения родов.

3.10.12. Бесплодие; импотенция, эректильная дисфункция; болезнь Пейрони, все виды сексуальных расстройств; заболевания, связанные с применением различных методов контрацепции.

3.10.13. Заболевания, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая СПИД; врожденный или приобретенный иммунодефицит.

3.10.14. Инфекционные заболевания, передающиеся преимущественно половым путём (сифилис, гонорея, цитомегаловирусная инфекция, хламидиоз, уреаплазмоз, урогенитальный микоплазмоз, гарднереллез, папилломовирусная инфекция, трихомониаз и др.) и их осложнения; заболевания, передающиеся половым путём;

3.10.15. Хронические и острые гепатиты, в том числе вирусные гепатиты и их осложнения, жировой гепатоз, цирроз, фиброз печени.

3.10.16. Все внутричерепные объемные образования; новообразования, злокачественные новообразования, доброкачественные новообразования.

3.10.17. Новообразования *in situ*.

3.10.18. Врожденные аномалии, пороки развития, наследственные заболевания, вызванными генетическими нарушениями, муковисцидоз.

3.10.19. Деформирующие дорсопатии (кроме обострения остеохондроза), пяточная шпора, вальгусная или варусная деформация конечностей, все формы плоскостопия (в том числе с болевым синдромом), генерализованный остеоартроз, остеопороз.

3.10.20. Заболевания, включенные в утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. N 715 перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих; «атипичная пневмония» SARS, постковидный синдром.

3.10.21. Заболевания и состояния, вызванными прямым или косвенным воздействием солнечного излучения (солнечные ожоги, солнечный, тепловой удар, солнечная аллергия, фотодерматит).

3.10.22. Заболевания, состояния, послужившие причиной установления инвалидности I и (или) II группы.

3.10.23. Состояния, связанные с перенесенными инфарктом, инсультом, аортокоронарным шунтированием, подключением искусственного водителя ритма и их осложнениями.

3.10.24. Ожоги более 50% поверхности тела любой степени, ожоги 3Б-4 степени, отморожения 3-4 степени.

3.11. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования или Программой ДМС, не является страховым случаем обращение в медицинскую и (или) иную организацию с целью организации и (или) оказания следующих услуг:

3.11.1. Подготовка к плановой госпитализации при отсутствии плановой госпитализации в Программе ДМС.

3.11.2. Услуги по профпатологии.

3.11.3. Услуги по психиатрическому освидетельствованию, психиатрии, психотерапии, психиатрии-наркологии.

3.11.4. Профилактические осмотры врачей-специалистов.

3.11.5. Консультации и лечение у профессора, доктора медицинских наук, кандидата медицинских наук, главного специалиста, ведущего специалиста, врача-эксперта, руководителя направления.

3.11.6. Альтернативные консультации («второе мнение»), консилиумы врачей.

3.11.7. Услуги психоаналитика, психолога, врача-экстрасенса, диетолога, сексолога, гомеопата, сурдолога, фониатра, липидолога, трихолога, логопеда, генетика, врачей центров народной и нетрадиционной медицины.

3.11.8. Виртуальная колоноскопия, КТ-колонография, КТ-энтерография, использование видеокапсулы.

3.11.9. Суточное мониторирование артериального давления; холтеровское мониторирование, велоэргометрия, тредмил-тест, медикаментозные стресс-тесты.

3.11.10. Магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, в т.ч. с использованием контрастных веществ.

3.11.11. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), в т.ч. с использованием контрастных веществ

3.11.12. Исследования и лечение с применением радионуклидов, радиоизотопные исследования.

3.11.13. Доплеровские, дуплексные, триплексные исследования сосудов, плетизмография, исследования с использованием контрастных веществ (в том числе ангиография, вентрикулография и т.п.), исследования в ангиорежиме, оптическая когерентная томография, нейрофизиологические исследования (в том числе электронейромиография, исследование соматосенсорных вызванных потенциалов и др.); компьютерная психодиагностика; лучевые полипозиционные исследования, денситометрия.

3.11.14. Следующие стоматологические услуги:

3.11.14.1. Лечение и восстановление зубов при хроническом пульпите, хроническом периодонтите; использование нескольких способов удаления зубных отложений; восстановление анатомической формы депульпированного зуба, нуждающегося в ортопедическом лечении; одновременное использование нескольких способов механической, медикаментозной и химической обработки корневых каналов одного зуба; удаление зубов по ортопедическим и ортодонтическим

показаниям; удаление ретинированных и дистопированных зубов, зубов «мудрости»; вмешательства на зубах, покрытых ортопедическими, ортодонтическими конструкциями; лечение по поводу заболеваний зубов без гарантии (условное лечение).

3.11.14.2. Физиотерапевтические услуги при осложненном кариесе, при осложнениях после удаления зуба: электролечение, в том числе депофорез, лазеротерапия; врачебные манипуляции на зубах, коронковая часть которых разрушена более чем на 50%; замена пломб и пломбирование зубов без медицинских показаний; восстановление зубов при окклюзионной и апроксимальной стираемости; пломбирование корневых каналов с использованием разогретой (термопластифицированной) гуттаперчи, включая систему «Термофил».

3.11.14.3. Использование внутриканальных (стекловолоконных, титановых, анкерных и др.) штифтов; хирургическое и аппаратное лечение заболеваний пародонта (в т.ч. открытый и закрытый кюретаж; инъекции лекарственных средств и др.).

3.11.14.4. Пластика тяжей, уздечек языка, губ, вестибулопластика, лоскутные операции, шинирование зубов, зубосохраняющие операции, резекция верхушки корня, цистэктомия, цистотомия, остеотомия; вертикальная конденсация, использование термопластических композитов, трехмерная obturation каналов, эндодонтическое перелечивание зубов, ретроградное пломбирование корневых каналов, закрытие перфораций, в том числе с использованием системы Pro Root.

3.11.14.5. Снятие зубного налета (зубного камня), покрытие зубов фторсодержащими препаратами и лаками, глубокое фторирование, плановая санация полости рта, удаление пигментированного налета, отбеливание зубов (в объеме, превышающем Программу ДМС, при наличии).

3.11.14.6. Услуги, оказанные с косметической целью; герметизация фиссур, художественная реставрация; установка виниров, ламинатов, люминиров; использование интраоральной видеокамеры, стоматологического микроскопа, применению лазерных стоматологических установок; стоматологическая имплантация и подготовка к нему, подготовка к протезированию зубов и протезирование зубов, ортодонтическое лечение и подготовка к нему, использование коффердама, оптидама, оптрагейта, раббердама и т.п.

3.11.14.7. Ортопантомограмма.

3.11.14.8. Наркоз (общая анестезия) при оказании услуг по стоматологии.

3.11.15. Экстракорпоральное воздействие на кровь (гемодиализ, гемосорбция, плазмоферез, внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, внутривенное и накожное облучение крови); терапия с применением компонентов крови, эндо- и экзоглобулинов; гипербарическая, гипо- и нормобарическая оксигенация.

3.11.16. Услуги, оказываемые с оздоровительной, профилактической, косметической целью;

3.11.17. Услуги по диагностике и лечению с использованием авторских методов; лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; диагностика и лечение по методу Фоля, аурикулодиагностика, дерматоглифика, акупунктурная диагностика, фармако-, электро- и термопунктура, биолокационная диагностика и коррекция, суггестивная терапия; мониторинговое исследование сна.

3.11.18. Лечение климатическими воздействиями.

3.11.19. Традиционная терапия (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия и лечение другими средствами природного происхождения; галотерапия (спелеотерапия), энергоинформатика; биорезонансная терапия; традиционные системы оздоровления); народная медицина, оздоровительные капсулы (в т.ч. альфа-капсулы); гидроколлотерапия.

3.11.20. Манипуляции, связанные с применением лазерных установок в хирургических специальностях, терапевтический лазер, склеротерапия, применение лимфопресса, эндоскопические операции и методы лечения, роботоассистированные операции, малые гинекологические оперативные вмешательства (в том числе конизация шейки матки, лечение шейки матки, биопсия шейки матки радиохирургическим методом, удаление nabothievых кист; выскабливание цервикального канала и полости матки, коагуляция патологических очагов, удаление остроконечных кондилом), оперативные вмешательства при заболеваниях аноректальной области, в

том числе лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, лечение методами лазерной вапоризации.

3.11.21. Сердечно-сосудистая хирургия (в том числе малоинвазивные эндоваскулярные (интервенционные) методы (стентирование, баллонная ангиопластика); хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивные эндоваскулярные (интервенционные) методы (абляция, установка искусственных водителей ритма).

3.11.22. Нейрохирургическое лечение.

3.11.23. Радиочастотные методы воздействия, химиотерапия, радиотерапия.

3.11.24. Все виды протезирования, трансплантации, имплантации, ортопедические вмешательства; ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие); слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и (или) методом кохлеарной имплантации.

3.11.25. Пластическая хирургия.

3.11.26. Реконструктивно-восстановительные операции (в том числе наложение анастомозов, шунтов, остеосинтез), удаление металлоконструкций и имплантов.

3.11.27. Артроскопические операции, литотрипсия, коронарография.

3.11.28. Хирургическое лечение миопии, гиперметропии, амблиопии, астигматизма, косоглазия, катаракты, глаукомы, отслойки сетчатки и других офтальмологических заболеваний, в т.ч. с использованием лазера; интравитреальное введение препаратов; операции по замене хрусталика.

3.11.29. Коррекция зрения, методы лазерной диагностики, подбор сложных очков, линз, кератопахиметрия.

3.11.30. Механотерапия, иммерсионная терапия; лечебная физкультура (в объеме, превышающем Программу ДМС, при наличии), лечебная физкультура с использованием тренажеров, тракционные методы лечения вытяжения позвоночника; аппаратный массаж; ароматерапия, кинезотерапия, кинезиотейпирование, лимфодренаж, ЛОД-терапия, занятия в бассейне; гидромассаж, занятия на тренажерах, термические процедуры, криотерапия, солярий, бальнеологическое лечение (водолечение, грязелечение); электросон, гипноз; коррекция веса; эрготерапия.

3.11.31. Остеопатия; все виды массажа, кроме лечебного классического массажа (при наличии его в Программе ДМС); физиотерапия в офтальмологии; применение одномоментно более двух видов физиотерапевтического воздействия, применение более двух полей, трех зон (точек) физиотерапевтического воздействия; ингаляции газовыми смесями; мануальная терапия (в объеме, превышающем Программу ДМС, при наличии), рефлексотерапия, электро-, магнито- и лазеростимуляция, вакуумная терапия, ударно-волновая терапия.

3.11.32. Лечение с использованием аппаратных комплексов («Ярило», «Андро-Гин», «Мультимаг», "Магнитотурботрон", «Тонзилор», «Уропроктокор», «Амблиокор», «Оскар» и т.п.).

3.11.33. Анестезия (в том числе, наркоз) при выполнении эндоскопических и других исследований в амбулаторных условиях.

3.11.34. Медицинская реабилитация.

3.11.35. CAR T-клеточная терапия.

3.11.36. Удаление папиллом, бородавок, родинок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, вросшего ногтя, халязиона.

3.11.37. Фотодинамическая терапия, лечение с применением радиоволновой хирургии, радиохирургических методов, радиочастотная абляция.

3.11.38. Повторное внутривенное и внутримышечное введение лекарственных препаратов в амбулаторных условиях.

3.11.39. Повторные манипуляции и процедуры в оториноларингологии, урологии, гинекологии, проктологии, дерматовенерологии, андрологии, хирургии, офтальмологии.

3.11.40. Лечебные и диагностические пункции (в т.ч. внутрисуставные), лечебные блокады.

3.11.41. Лечение в стационаре одного дня (дневной стационар) при отсутствии плановой госпитализации в Программе ДМС.

3.11.42. Стационар на дому.

3.11.43. Вакцинации, профилактические прививки, экстренная иммунопрофилактика.

3.11.44. Специфическая иммунотерапия, АСИТ, серологические исследования, вирусологические исследования; иммунологические, аллергологические исследования (включая иммуноферментные исследования ИФА и ИХА, исследование гуморального иммунитета, иммунный статус; интерфероновый статус; аллергологический статус, кожные исследования и кожные скарификационные пробы, реакция на аллергены, определение общего иммуноглобулина Е, диагностика лекарственной аллергии, аллергические панели/антитела к антигенам различного происхождения; специфические иммуноглобулины, определение аллерген-специфических иммуноглобулинов Е, расширенные панели аллергенов (пищевая, растительная, эпителий домашних животных и др.).

3.11.45. Молекулярно-биологические методы диагностики ПЦР (количественная/качественная, жидкостная цитология, бактериологические исследования (кроме первичной диагностики кишечных инфекций и дифтерии)), определение чувствительности к антибиотикам, исследования на дисбактериоз, определение уровней микроэлементов, витаминов, маркеров резорбции костей, генетические исследования, лабораторные исследования аппетита и жирового обмена, инкреторной функции желудочно-кишечного тракта, гормональной регуляции эритропоэза, лекарственный мониторинг и выявление наркотических и психотропных средств, тест «Гемокод» и аналогичные гематологические тесты, скрининговые исследования, исследование биоценоза урогенитального тракта (фемофлор и др.), определение онкомаркеров, маркеров остеопороза.

3.11.46. Микробиологическое (культуральное) исследование для выявления возбудителей инфекций, передающихся преимущественно половым путем; гормональные исследования, в том числе половые гормоны, определение гормонального статуса.

3.11.47. Гистологические исследования, биопсии и иные диагностические методы, связанные с определением наличия возбудителя коронавирусной инфекции, гриппа, ОРВИ.

3.11.48. Услуги по планированию семьи (в том числе выявление TORCH-инфекций), медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности, подбор методов контрацепции и наблюдение за их применением, процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие, включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозная и хирургическая контрацепция (стерилизация), введение и удаление внутриматочных контрацептивов, ведение беременности; спермография.

3.11.49. Прерывание беременности.

3.11.50. Предоставление вне стационарного лечения лекарственных препаратов, расходных материалов, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, средств иммобилизации (кроме гипсовых повязок), корригирующих медицинских устройств и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), компрессионного трикотажа, другого медицинского оборудования и медицинских изделий, а также расходы на их подгонку, ремонт и настройку.

3.11.51. Обеспечение кардиостимулятором, стентом, кардиовертером-дефибриллятором, а также расходными материалами для проведения ангиографии, ангиопластики и стентирования.

3.11.52. Обеспечение трансплантатами; искусственными хрусталиками, имплантатами, протезами и эндопротезами, металлоконструкциями, наборами для остеосинтеза и фиксации, иммобилизационными системами.

3.11.53. Услуги по обследованию, проводимому с целью оформления медицинских книжек, заключению предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования), справки на профессиональную пригодность, справки для получения путевки, санаторно-курортной карты, справки для получения водительского удостоверения, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, выезда за границу, справки на госслужбу, трудоустройства, для получения кредита в банке, поступления в образовательные организации, направления на медико-социальную экспертизу, выдача результатов обследования на носителях информации.

3.11.54. Услуги, оказанные с целью попечительского ухода, организация индивидуального поста.

3.11.55. Санаторно-курортное лечение.

3.11.56. Диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры, динамическое наблюдение, обследования по поводу заболеваний в стадии ремиссии.

3.12. Если договором страхования не предусмотрено иное, не является страховым случаем, не организуется и не оплачивается Страховщиком репатриация тела Застрахованного лица (при включении услуг по посмертной репатриации в договор страхования и (или) Программу ДМС):

3.12.1. Если смерть Застрахованного наступила в результате самоубийства (за исключением случаев, когда договор страхования действовал уже не менее двух лет).

3.12.2. Если смерть Застрахованного связана с заболеванием, травмой или состоянием, полученным при занятиях спортом или в связи с занятиями спортом.

3.12.3. Если смерть Застрахованного связана с заболеванием или состоянием или событием, указанным в п.3.9 настоящих Правил.

3.12.4. Если смерть Застрахованного лица наступила в результате развития острых заболеваний или обострения хронических заболеваний или травм, возникших не на территории страхования и (или) до начала действия договора страхования.

3.12.5. Если смерть Застрахованного лица наступила после окончания действия договора страхования, даже если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение за получением медицинской помощи, предусмотренной Программой ДМС, в течение действия договора страхования.

3.13. Договором страхования (в т.ч. прилагаемой к договору Программой ДМС) могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхования.

3.14. Если иное не установлено договором страхования, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

3.14.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

3.14.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

3.14.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.15. Договором страхования может быть предусмотрено, что действие страхования распространяется на один страховой случай или на определенное количество страховых случаев.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ВЫПЛАТ. ФРАНШИЗА.

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования.

4.2. Страховая сумма определяется на основании программы добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования, исходя из перечня и стоимости включенных в нее медицинских и иных услуг.

4.3. Страховая сумма устанавливается в виде уменьшаемой (агрегатной) страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страховых выплат, осуществляемых Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим с Застрахованным лицом страховым случаям, в отношении которых установлена данная страховая сумма, если договором не предусмотрено иное.

4.4. В случае, если агрегатная страховая сумма, установленная в отношении Застрахованного лица, исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования перед данным Застрахованным лицом считаются исполненными.

4.5. Договором страхования в пределах страховой суммы также могут устанавливаться лимиты выплат (максимальные суммы страховых выплат) на отдельные виды медицинских или иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям), иные лимиты выплат.

Лимиты выплат могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям медицинских услуг – процедурам, койко-дням и т.п.).

4.6. Условиями договора страхования по соглашению сторон может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть расходов, связанных с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС (франшиза). Франшиза может устанавливаться как в отношении всей Программы ДМС, так и в отношении отдельных услуг

(расходов), предусмотренных Программой ДМС, а также в отношении отдельных заболеваний (состояний, травм, повреждений).

4.6.1. Франшиза может быть условной или безусловной и устанавливаться в абсолютном размере либо в процентном отношении к страховой сумме.

4.6.2. При безусловной (вычитаемой) франшизе возмещаются расходы за вычетом суммы франшизы.

4.6.3. При установлении условной (невывчитаемой) франшизы Страховщик не несет ответственности за расходы, размер которых не превышает величину франшизы, но возмещает расходы полностью, если их размер превышает величину франшизы.

4.6.4. Если договором не предусмотрено иное, франшиза устанавливается по каждому страховому случаю.

4.6.5. Если в договоре не указан вид франшизы (условная или безусловная), считается, что договором страхования установлена безусловная франшиза.

4.6.6. В договоре страхования также могут быть установлены иные виды франшизы, в том числе временная франшиза - период времени с момента вступления договора страхования в силу. При возникновении страхового случая или отдельно оговоренных договором страхования заболеваний (состояний, травм, повреждений) в период временной франшизы страховые выплаты не производятся.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. Страховая премия по договору страхования рассчитывается исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

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

5.4. При заключении договора страхования Страховщик применяет утвержденные им базовые страховые тарифы (приложение №2 к Правилам страхования), определенные согласно методике расчета страховых тарифов, утвержденной Страховщиком и направленной в орган страхового надзора в установленном порядке. При назначении конкретных тарифов Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты, учитывающие условия страхования и факторы, влияющие на степень риска (срок страхования менее или более 1 года, франшиза, количество Застрахованных лиц, объем страхового покрытия, состав Программы ДМС, пол и возраст Застрахованного лица, состояние здоровья Застрахованного лица, профессия и род деятельности Застрахованного лица, иные условия и факторы) в пределах, установленных приложением №2 к Правилам страхования.

5.5. Страховая премия по договору страхования может уплачиваться Страхователем:

- единовременно (разовым платежом за весь срок страхования);
- в рассрочку (периодически в течение срока страхования путем оплаты страховыми взносами).

Порядок уплаты страховой премии (единовременно или в рассрочку) определяется в договоре страхования.

Если договор страхования выдается Страхователю после полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком договоре не является обязательным.

5.6. Страховая премия может уплачиваться Страхователем наличными деньгами или путем безналичных расчетов не позднее срока(-ов), установленного(-ых) в договоре страхования.

5.7. Страховая премия (страховые взносы – при оплате страховой премии в рассрочку) считаются уплаченными:

- при оплате наличными денежными средствами – с момента внесения денежных средств в кассу Страховщика, представителю Страховщика или платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;

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

- при оплате путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов по договору страхования, заключенному с физическим лицом, - с момента подтверждения исполнения перевода обслуживающей Страхователя кредитной организацией;

- при оплате путем безналичных расчетов по договору страхования, заключенному с юридическим лицом или с индивидуальным предпринимателем, – с момента (даты) поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.8. В случае неуплаты страховой премии (при единовременной оплате) или первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) к сроку, установленному в договоре страхования, или уплаты страховой премии (первого страхового взноса) не в полном объеме, договор страхования считается не вступившим в силу, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.9. При неуплате очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок или уплате очередного страхового взноса не в полном объеме, договор страхования досрочно прекращается свое действие со дня, следующего за днем истечения срока уплаты очередного страхового взноса, уплата которого была просрочена либо была произведена Страхователем не в полном объеме, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.10. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений путем направления Страхователю письменного уведомления. Договором страхования может быть предусмотрен иной способ информирования Страхователя.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением.

По просьбе Страхователя и с его слов письменное заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы могут быть заполнены представителем Страховщика. Письменное заявление должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

6.2. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и иные сведения, необходимые для заключения договора страхования:

а) сведения о Страхователе:

- для Страхователя – физического лица: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, адрес места жительства (регистрации), адрес места пребывания (фактический), телефон, адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, ИНН, сведения о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), банковские реквизиты);

- для Страхователя – юридического лица: наименование, организационно-правовая форма, адрес, телефон, электронный адрес, ИНН или код иностранной организации, сведения о государственной регистрации юридического лица, банковские реквизиты; сведения о представителе Страхователя (должность, фамилия, имя, отчество, документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя);

б) сведения о Застрахованном лице:

- общие сведения: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес места жительства (регистрации), адрес места пребывания (фактический), телефон, адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность;

- дополнительные сведения (по требованию Страховщика): род занятий, профессия, рост, вес, сведения об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных заболеваниях и травмах, имеющейся или имевшейся инвалидности, сведения о занятиях спортом, о видах деятельности (поездках) с определенным уровнем риска для жизни и здоровья; сведения о добровольном медицинском страховании в предыдущие годы;

в) условия, на которых Страхователь желает заключить договор страхования: перечень и объем медицинских и иных услуг по Программе ДМС, необходимые медицинские организации, порядок уплаты страховой премии и др.;

г) другие сведения, необходимые для идентификации Страхователя, его представителя, бенефициарного владельца Страхователя в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма", главой 2 Положения Банка России от 12.12.2014 N 444-П «Об идентификации некредитными финансовыми организациями клиентов, представителей клиентов, выгодоприобретателей, бенефициарных владельцев в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»).

В зависимости от условий страхования перечень запрашиваемых Страховщиком сведений может быть сокращен.

6.3. При заключении договора страхования Страхователь должен предоставить документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица или действующего от имени Страхователя представителя, а также следующие документы по требованию Страховщика:

6.3.1. Учредительные документы Страхователя – юридического лица, карточку предприятия, свидетельства о регистрации Страхователя – юридического лица, Страхователя – индивидуального предпринимателя.

6.3.2. Доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя.

6.3.3. Документы, удостоверяющие личность Страхователя, Застрахованных лиц, представителя Страхователя, действующего от его имени.

6.3.4. Медицинские документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованных лиц (результаты медицинских анализов и обследований, заключение врача по результатам медицинского обследования Застрахованного лица, заключения профильных специалистов).

Копии документов должны быть заверены в установленном порядке или представляются Страховщику с предъявлением подлинников.

Страховщик также вправе осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

6.4. После представления Страхователем необходимых сведений и документов согласно пп.6.1-6.3 настоящих Правил Страховщик производит расчет (примерный расчет) размера страховой премии. При этом Страховщик оставляет за собой право на изменение размера страховой премии и (или) иных условий страхования по результатам оценки страхового риска, о чем уведомляет заявителя.

После оформления договора страхования письменное заявление на страхование и представленные Страхователем документы становятся неотъемлемой его частью.

6.5. Страховщик вправе потребовать прохождения принимаемым на страхование лицом предварительного медицинского обследования для оценки состояния его здоровья. О необходимости проведения такого обследования Страховщик уведомляет Страхователя.

6.6. Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа (договора или полиса), подписанного сторонами договора страхования, либо вручения Страхователю на основании его заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

Договор страхования (страховой полис), подписанный Страховщиком с использованием факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика, может быть направлен Страхователю на адрес его электронной почты и (или) размещен в личном кабинете

Страхователя на официальном сайте Страховщика, что является надлежащим вручением договора страхования (страхового полиса) Страхователю.

Договор страхования может быть также заключен путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго пункта 1 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Договор страхования в виде электронного документа может заключаться с учетом особенностей, установленных п.6.10 настоящих Правил.

6.7. В рамках коллективного договора страхования Страховщиком могут оформляться индивидуальные страховые полисы или страховые медицинские карточки, удостоверяющие право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования.

6.8. Индивидуальный страховой полис и страховая медицинская карточка, оформленные согласно п.6.7 настоящих Правил, выдаются Страхователю в течение трех дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате в рассрочку), если договором не предусмотрено иное.

6.9. Страхователь или Застрахованное лицо при утрате договора страхования, страхового полиса (страховой медицинской карточки) должно незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Взамен утраченных страховых документов Страхователю или Застрахованному лицу выдаются их дубликаты.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

6.10. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика, страхового агента или страхового брокера заполняет форму, включающую сведения из числа указанных в п.6.2 настоящих Правил страхования.

В случае направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.11 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса – при оплате премии в рассрочку).

Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с Правилами страхования и согласия с их условиями может удостоверяться также соответствующей отметкой, проставляемой Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов из числа указанных в п.6.3 настоящих Правил страхования в электронном виде на основании электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условия страхования на сайте Страховщика.

Страховщик направляет Страхователю страховой полис на адрес электронной почты Страхователя и (или) размещает полис в личном кабинете на сайте (мобильном приложении) Страховщика, страхового агента или страхового брокера.

6.11. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на настоящие Правила, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования, и (или) ссылка на иной документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия излагаются в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо прилагаются к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор содержит ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети

«Интернет» (www.makclife.ru), либо Страхователь информируется о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

Ссылка на адрес размещения условий страхования на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» может быть предоставлена посредством использования двухмерного штрихового кода (QR-код), обеспечивающего доступ к странице официального сайта Страховщика, на которой размещены соответствующие условия страхования.

По требованию Страхователя Страховщик обязан выдать ему текст настоящих Правил и (или) иного документа, в котором изложены условия страхования, на бумажном носителе, в случае если настоящие Правила и (или) иной документ, в котором изложены условия страхования, был предоставлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе.

6.12. При заключении договора страхования стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

6.13. Если положения договора страхования отличаются от положений Правил страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

6.14. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик (ООО «МАКС-Жизнь», г.Москва, ул.Малая Ордынка, д.50) может в течение всего срока действия договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет после исполнения договора (полиса) страхования осуществлять обработку его персональных данных (Ф.И.О., дата и место рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, номер телефона, адрес электронной почты и другие данные, указанные в договоре (полисе), его приложениях, заявлении на страхование и иных документах, используемых ООО «МАКС-Жизнь» для их обработки), с целью исполнения Страховщиком условий договора страхования и требований, установленных действующим законодательством, в т.ч. в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, осуществления страховой выплаты, администрирования договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств).

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие Страховщику на передачу персональных данных, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам (включая перестраховщиков), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

Субъект персональных данных вправе отозвать данное согласие и (или) потребовать прекратить обработку персональных данных полностью или в части, в том числе в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления в адрес Страховщика письменного заявления (в произвольной форме) с указанием реквизитов договора страхования. В случае отзыва согласия Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

6.15. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие Страховщику на запрос и получение любой дополнительной информации в любых учреждениях (включая медицинские организации) и у врачей, в том числе о состоянии своего здоровья, диагнозе, фактах обращения за оказанием медицинской помощи, причине смерти, иных сведениях, полученных при медицинском обследовании и лечении Страхователя, составляющих врачебную тайну (в т.ч. после его смерти), с целью исполнения ООО «МАКС-Жизнь» своих

обязанностей в соответствии с условиями договора страхования и требованиями действующего законодательства Российской Федерации

6.16. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие на информирование его Страховщиком о ходе исполнения договора страхования, о продуктах и услугах Страховщика, о проведении опросов для оценки качества услуг, направление любых информационных и рекламных сообщений и материалов путем контактов со Страхователем с помощью любых средств связи, в том числе посредством направления смс-сообщений и (или) сообщений по электронной почте.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. Получить при заключении договора страхования информацию, предусмотренную п.7.5.1 настоящих Правил.

7.1.2. Требовать от Страховщика выполнения обязанностей по договору страхования.

7.1.3. В течение срока действия договора страхования вносить предложения по изменению или уточнению условий договора. При этом Страховщиком при необходимости производится перерасчет размера страховой премии.

7.1.4. Сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

7.1.5. Получить дубликат договора страхования, страхового полиса (страховой медицинской карточки) в случае его (ее) утраты (согласно п.6.9 настоящих Правил).

7.1.6. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

7.1.7. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Застрахованное лицо имеет право:

7.2.1. На получение медицинской помощи и иных услуг в объеме и порядке, предусмотренном договором страхования и Программой ДМС.

7.2.2. Сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

7.2.3. Получить дубликат страхового полиса (страховой медицинской карточки) в случае его (ее) утраты (согласно п.6.9 настоящих Правил).

7.2.4. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. Проверять достоверность сообщенных Страхователем данных, необходимых для заключения договора и оценки страхового риска.

7.3.2. При значительных изменениях обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать изменений условий договора страхования и (или) уплаты Страхователем дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Значительными признаются изменения в обстоятельствах, оговоренные в договоре страхования, в заявлении о заключении договора страхования или в письменном запросе Страховщика.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страхователь вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

7.3.3. В течение срока действия договора страхования вносить предложения по изменению или уточнению условий договора страхования.

7.3.4. Отказаться в оказании и оплате медицинских и иных услуг в соответствии с настоящими Правилами и условиями договора страхования.

7.3.5. Требовать от Страхователя (Застрахованного лица) возмещения причиненных Страховщику убытков, возникших, в частности, в связи с:

- оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг на сумму, превышающую страховую сумму;
- неявкой (без уважительной причины) Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы, исследования, медицинские вмешательства;
- необоснованным или ложным вызовом врача на дом, скорой медицинской помощи;
- предоставлением услуг, выходящих за рамки Программы ДМС, в т.ч. в случае если оказание таких услуг имело характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица (оплата расходных материалов и/или лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому случаю).

7.3.6. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.4. Страхователь обязан:

7.4.1. Своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную договором страхования страховую премию (страховые взносы при оплате страховой премии в рассрочку).

7.4.2. Предоставить Страховщику сведения, необходимые для заключения договора страхования и оценки страхового риска согласно пп.6.2, 6.3 настоящих Правил.

7.4.3. До заключения договора страхования получить от физических лиц, указанных в заявлении на страхование и иных документах, согласия на обработку ООО «МАКС-Жизнь» их персональных данных и по запросу предоставить их Страховщику. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц, указанных в заявлении на страхование и (или) договоре страхования и иных документах, на обработку их персональных данных, в том числе по возмещению убытков, понесенных Страховщиком в случае предъявления претензий со стороны третьих лиц и (или) государственных органов.

7.4.4. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования, своевременно выдать им страховые полисы (страховые медицинские карточки), полученные от Страховщика (если такая выдача предусмотрена договором страхования).

7.4.5. Обеспечить сохранность страхового полиса (страховой медицинской карточки) и не передавать его (ее) другим лицам с целью получения ими медицинской помощи (для страхователя - физического лица).

7.4.6. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования, неполного или некачественного их предоставления.

7.4.7. В период действия договора страхования не позднее 3-х рабочих дней сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если такие изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными признаются обстоятельства, оговоренные в договоре страхования и в заявлении о заключении договора страхования.

7.4.8. В срок не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней сообщать Страховщику об изменении персональных данных Страхователя – физического лица и Застрахованного лица (фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания (фактического)), об изменении организационно-правовой формы или адреса Страхователя – юридического лица.

Если изменение места жительства или места пребывания Застрахованного лица связано с повышением риска для его жизни и здоровья, сообщение о таком изменении направляется в сроки, предусмотренные пунктом 7.4.7 настоящих Правил.

7.4.9. Возместить Страховщику по его требованию убытки, возникшие в связи с:

- неявкой (без уважительной причины) Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы, исследования, медицинские вмешательства;
- необоснованным или ложным вызовом врача на дом, скорой медицинской помощи;
- оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг на сумму, превышающую страховую сумму;
- предоставлением услуг, выходящих за рамки Программы ДМС, в т.ч. в случае если оказание таких услуг имело характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица (оплата расходных материалов и (или) лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому случаю).

Вызов врача на дом, скорой медицинской помощи считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным лицом для оказания медицинских и иных услуг незастрахованному лицу;
- при вызове, осуществленном Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости оказания медицинских и иных услуг и (или) места пребывания Застрахованного лица;
- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающимся в оказании медицинских услуг;
- вызов осуществлен Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

7.4.10. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.5. Страховщик обязан:

7.5.1. Предоставить Страхователю при заключении с ним договора страхования следующую информацию:

а) об объекте страхования, страховых рисках, применяемых франшизах и исключениях из перечня страховых событий, о действиях Страхователя (Застрахованного лица), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате, а также о порядке осуществления страховой выплаты;

б) о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования, о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования (медицинское обследование застрахованного лица), о размере (примерном расчете) страховой премии на основании заявления о заключении договора страхования и о возможном изменении размера страховой премии и (или) иных условий страхования по результатам оценки страхового риска; об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

в) о применении условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии при отказе от договора страхования в течение сроков, предусмотренном пп.8.4, 8.5 настоящих Правил;

г) о праве Страхователя, предусмотренного п.7.1.6 настоящих Правил.

7.5.2. Предоставить Страхователю настоящие Правила и (или) дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования, согласно п.6.11 настоящих Правил.

7.5.3. Информировать Страхователя о необходимости ознакомления с настоящими Правилами страхования и договором страхования.

7.5.4. При заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая (в случае самостоятельной оплаты медицинских и иных услуг согласно п.9.5 настоящих Правил), а также своевременно информировать об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно при обращении Страхователя (Застрахованного лица, представителя Застрахованного лица). В случае невозможности информирования до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких

событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении получателя страховых услуг.

7.5.5. Своевременно выдать Страхователю для вручения Застрахованным лицам страховые полисы (страховые медицинские карточки) (если такая выдача предусмотрена Договором страхования).

7.5.6. По требованию Страхователя (Застрахованного лица) разъяснять положения, содержащиеся в договоре страхования и в настоящих Правилах страхования, а также в предоставленной в соответствии с п.7.5.1 настоящих Правил информации.

7.5.7. Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Застрахованным лицом) посредством телефонной и почтовой связи, а также иными способами, установленными настоящими Правилами и (или) договором страхования.

7.5.8. По запросу Страхователя (Застрахованного лица) проинформировать его:

а) обо всех предусмотренных договором страхования и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо) должен предпринять при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а в случае самостоятельной оплаты медицинских и иных услуг согласно п.9.5 настоящих Правил, - 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 и (или) настоящими Правилами форме и способе осуществления страховой выплаты.

Информирование осуществляется посредством телефонной связи, в письменной форме почтовым отправлением либо путем направления ответа по электронной почте.

7.5.9. Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, при наступлении страхового случая.

7.5.10. Организовать и оплатить предоставление медицинской услуги Застрахованному лицу в другом медицинском учреждении в случае невозможности ее оказания в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования.

7.5.11. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом).

7.5.12. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.6. Застрахованное лицо обязано:

7.6.1. Соблюдать предписания лечащего врача при получении медицинских и иных услуг и распорядок, установленный медицинской организацией.

7.6.2. Заботиться о сохранности страхового полиса (страховой медицинской карточки) и не передавать его (её) другим лицам с целью получения ими медицинской помощи.

7.6.3. При утрате страхового полиса (страховой медицинской карточки) незамедлительно известить об этом Страховщика.

7.6.4. Возместить Страховщику по его требованию убытки, возникшие в связи с:

- неявкой (без уважительной причины) Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы, исследования, медицинские вмешательства;
- необоснованным или ложным вызовом врача на дом, скорой медицинской помощи;
- оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг на сумму, превышающую страховую сумму;
- предоставлением услуг, выходящих за рамки Программы ДМС, в т.ч. в случае если оказание таких услуг имело характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица (оплата расходных материалов и (или) лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому случаю).

Вызов врача на дом, скорой медицинской помощи считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным лицом для оказания медицинских и иных услуг незастрахованному лицу;
- при вызове, осуществленном Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости оказания медицинских и иных услуг и (или) места пребывания Застрахованного лица;
- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающимся в оказании медицинских услуг;
- вызов осуществлен Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

7.6.5. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.7. Договором страхования могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации.

7.8. Если настоящими Правилами и (или) договором страхования не предусмотрено иное, направление уведомлений, заявлений, документов в рамках договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, должно осуществляться в письменной форме за подписью уполномоченного лица Страховщика, Страхователя (Застрахованного лица) лично, курьерской службой доставки либо по почте заказным письмом по адресам, указанным в договоре страхования или иных документах, получаемых (передаваемых) при заключении, исполнении договора страхования, а также через личный кабинет Страхователя (Застрахованного лица) на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Страховщик также вправе использовать иные каналы связи для обращения к Страхователю (Застрахованному лицу): смс-сообщения на номер мобильного телефона, электронная почта, а также уведомления с использованием средств мгновенного обмена сообщениями (мессенджеров), не запрещенных к использованию законодательством Российской Федерации.

7.9. В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь обязан в течение 15 (пятнадцати) дней с даты их изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов Страхователя своевременно, то все уведомления и извещения, направленные Страховщиком по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия страхования устанавливается договором страхования по соглашению Страхователя и Страховщика на 1 (один) год или иной период времени.

8.2. Договор страхования вступает в силу (если иное не определено условиями договора страхования) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

8.3. Договор страхования прекращает действие и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору страхования до окончания срока действия страхования в случае:

8.3.1. Исполнения Страховщиком своих обязательств перед Страхователем (Застрахованными лицами) по договору страхования в полном объеме.

8.3.2. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

К таким обстоятельствам, в частности, относится смерть Застрахованного лица в период действия индивидуального договора страхования.

8.3.3. Неуплаты очередного взноса в установленные договором страхования сроки – в порядке, предусмотренном п.5.9 Правил страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.3.4. Отказа Страхователя о договора страхования, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.3.5. Соглашения сторон договора страхования.

8.3.6. Ликвидации Страховщика, за исключением случаев передачи Страховщиком обязательств, принятых по договорам страхования (страховой портфель) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.3.7. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.4. В случае досрочного отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 календарных дней (за исключением договора, заключенного при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа)) со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, действуют следующие положения:

8.4.1. В случае, если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения и до даты начала действия страхования, страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

8.4.2. В случае, если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения, но 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.

8.4.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 14 календарных дней со дня заключения договора страхования.

8.4.4. Страховщик производит возврат Страхователю страховой премии (ее части) наличными деньгами или в безналичном порядке (по выбору Страхователя) в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.5. В случае досрочного отказа Страхователя – физического лица от договора страхования, заключенного при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа)), в течение 30 календарных дней со дня заключения договора страхования независимо от момента уплаты страховой премии, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, действуют следующие положения:

8.5.1. При отказе от договора страхования уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю:

а) в полном объеме – при отказе от договора страхования с первого по четырнадцатый день с даты его заключения;

б) в размере уплаченной страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, – при отказе от договора с пятнадцатого по тридцатый день с даты его заключения (если договором или действующим законодательством не предусмотрено иное). Договором страхования может быть предусмотрен возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.

8.5.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 30 календарных дней со дня заключения договора страхования.

8.5.3. Страховщик производит возврат Страхователю страховой премии в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.6. При отказе Страхователя от договора страхования, заключенного при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по кредитному договору (договору займа) Страховщик на основании заявления Страхователя при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая,

возвращает Страхователю страховую премию, уплаченную Страховщику, за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат страховой премии (ее части) осуществляется в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя.

Если договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное, датой досрочного прекращения договора страхования по основанию, указанному в настоящем пункте, считается дата получения Страховщиком письменного заявления Страхователя.

8.7. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования при условии отсутствия до момента отказа от договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик на основании заявления Страхователя производит возврат уплаченной Страховщику страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат страховой премии (ее части) осуществляется в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя.

8.8. В иных случаях досрочного отказа Страхователя от договора страхования, не указанных в пп.8.4-8.7 настоящих Правил, при условии, что возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования или действующим законодательством не предусмотрено иное.

8.9. В случае досрочного отказа Страхователя от договора к заявлению об отказе от договора страхования Страхователь прилагает:

- копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации;
- оригинал или нотариально заверенную копию доверенности, копию документа, удостоверяющего личность законного представителя Страхователя (при направлении заявления законным представителем Страхователя);
- банковские реквизиты (при получении денежных средств в безналичном порядке);
- копию договора страхования и (или) документа, подтверждающего оплату страховой премии (по требованию Страховщика);
- документ, подтверждающий полное досрочное исполнение обязательств Страхователя по договору потребительского кредита (займа) – при отказе от договора страхования по основанию, предусмотренному п.8.6 настоящих Правил.

При предъявлении заявления лично, Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя и (или) его законного представителя.

8.10. Если договор страхования прекращается досрочно в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.11. Возврат Страхователю части страховой премии в случае прекращения договора по обстоятельствам, указанным в п.8.10 настоящих Правил, осуществляется в течение 30 календарных дней с даты получения письменного заявления Страхователя о возврате части страховой премии, а также следующих документов:

- документы (оригиналы или заверенные копии), подтверждающие наступление обстоятельств, указанных в п.8.10 настоящих Правил;
- копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации;
- оригинал или нотариально заверенную копию доверенности, копию документа, удостоверяющего личность законного представителя Страхователя (при направлении заявления законным представителем Страхователя);
- банковские реквизиты (при получении денежных средств в безналичном порядке);
- копию договора страхования и (или) документа, подтверждающего оплату страховой премии (по требованию Страховщика).

При предъявлении заявления лично, Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя и (или) его законного представителя.

8.12. При заключении договоров страхования, Страхователем по которым выступают кредитор или третье лицо, действующее в интересах кредитора, оказывающие услугу или совокупность услуг, в результате оказания которых заемщик становится Застрахованным лицом по договору страхования, заключенному при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа), Страхователь обязан в случае обращения Застрахованного лица с заявлением об исключении его из числа Застрахованных лиц по договору страхования в течение 30 календарных дней со дня выражения Застрахованным лицом согласия на оказание услуги или совокупности услуг, в результате оказания которых заемщик становится Застрахованным лицом по указанному договору, и при условии отсутствия в отношении данного Застрахованного лица событий, имеющих признаки страхового случая, возратить Застрахованному лицу страховую премию, уплаченную Страховщику по договору страхования в отношении данного заемщика, в полном объеме.

Возврат денежных средств производится в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения Страхователем заявления заемщика.

8.13. В случае возврата Страхователем денежных средств Застрахованному лицу в соответствии с положениями п.8.12 настоящих Правил, Страховщик обязан возратить Страхователю полученную им страховую премию в размере, соответствующем размеру возвращенной Страхователем Застрахованному лицу страховой премии.

Если договором не предусмотрено иное, Страховщик осуществляет возврат страховой премии Страхователю в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя с приложением документов, подтверждающих возврат Страхователем денежных средств Застрахованному лицу.

9. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Для получения медицинских услуг, определенных Программой ДМС, Застрахованное лицо обращается в Медицинскую организацию, предусмотренную договором страхования, или непосредственно к Страховщику или Сервисной компании по указанным в договоре страхования или Программе ДМС телефонам для определения Медицинской организации, в которую будет направлено Застрахованное лицо для получения медицинской помощи.

Для получения услуг по репатриации (если такие услуги предусмотрены договором страхования и (или) Программой ДМС) представитель Застрахованного лица обращается к Страховщику или Сервисной компании по указанным в договоре страхования или Программе ДМС телефонам, после чего Страховщик или Сервисная компания организуют оказание услуг по репатриации.

9.2. Оказание медицинских услуг Застрахованному лицу осуществляется при предъявлении им страхового полиса или страховой медицинской карточки, а также документа, подтверждающего личность Застрахованного лица.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой ДМС, в Медицинской организации, определенной договором страхования, Страховщик организует их выполнение в иной медицинской организации. При этом выбор Медицинской организации производится Страховщиком.

9.4. Медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы Медицинской организации.

9.5. Договором страхования и (или) Программой ДМС может быть предусмотрено, что в отдельных случаях, когда невозможно организовать медицинские или иные услуги без оплаты на месте или когда медицинская помощь не может быть оказана в медицинских организациях, с которыми Страховщик (Сервисная компания) имеет договорные отношения, а также в иных случаях, прямо предусмотренных договором страхования или Программой ДМС, Застрахованное лицо (в случае посмертной репатриации – представитель Застрахованного лица) по

предварительному согласованию со Страховщиком или Сервисной компании праве самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные Программой ДМС.

9.6. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов Медицинских организаций (Сервисной компании) за оказанные медицинские и иные услуги, определенные Программой ДМС, либо в случае, предусмотренном п.9.5 настоящих Правил, возмещает Застрахованному лицу (представителю Застрахованного лица) его расходы, связанные с получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС.

9.7. Под представителем Застрахованного лица в целях настоящих Правил понимается:

а) для случаев организации посмертной репатриации Застрахованного лица (если организация посмертной репатриации предусмотрена договором страхования и (или) Программой ДМС) - родственник Застрахованного лица, доверенное или уполномоченное лицо, а в случае возмещения расходов на посмертную репатриацию (если возмещение таких расходов предусмотрено договором страхования и (или) Программой ДМС) – лицо, понесшее указанные расходы и имеющее документальное подтверждение таких расходов;

б) в иных случаях – законный представитель Застрахованного лица.

9.8. Оплата счетов Медицинской организации (Сервисной компании) за оказанные медицинские или иные услуги производится в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией).

9.9. Страховая выплата производится с учетом следующих положений:

9.9.1. По окончании действия договора страхования Страховщик оплачивает медицинские услуги, связанные с экстренным стационарным лечением Застрахованного лица, начало которого относится к периоду действия договора страхования, до его завершения по медицинским показаниям, но не более 30 календарных дней госпитализации после окончания действия договора страхования (если договором страхования или Программой ДМС не предусмотрен предельный срок стационарного лечения, за который производится выплата).

9.9.2. Если условиями договора страхования установлена франшиза, страховая выплата производится с учетом франшизы.

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

При установлении в договоре страхования условной франшизы, стоимость оказанных Застрахованному лицу услуг в сумме, меньшей или равной размеру установленной в договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом) самостоятельно при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги, либо Страховщику (Сервисной компании) в срок до 30 (тридцати) дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения от Страховщика (Сервисной компании) уведомления об оплате последним оказанных услуг.

9.9.3. Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного лица, имеющего заболевание из числа указанных в 3.10 Правил страхования или имеющего инвалидность (кроме III группы), а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности (кроме III группы) в течение срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза указанных заболеваний либо подтверждения (установления) инвалидности (кроме III группы). После подтверждения диагноза указанных заболеваний либо инвалидности Страховщик оплачивает медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой ДМС, кроме услуг, связанных с данными заболеваниями или заболеваниями, состояниями, явившимися причиной установления инвалидности (кроме III группы).

9.10. Порядок страховых выплат в случае возмещения Страховщиком самостоятельно произведенных Застрахованным лицом (его представителем) расходов согласно п.9.5 настоящих Правил.

9.10.1. Для получения страховой выплаты в случае расходов, самостоятельно произведенных Застрахованным лицом (его представителем) согласно п.9.5 настоящих Правил, Страховщику в срок не позднее 90 календарных дней после получения медицинских или иных услуг представляются следующие документы:

- а) заявление на страховую выплату (с указанием банковских реквизитов);
- б) договор страхования (страховой полис), документы, подтверждающие оплату страховой премии (оригиналы или копии);
- в) документы, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, определенных договором страхования, а также факт и размер произведенных расходов (оригиналы или заверенные копии медицинских документов, содержащих сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, жалобах, дате обращения за медицинской помощью, истории заболевания, рекомендациях, проведенных медицинских манипуляциях, обследованиях, лечении, продолжительности лечения, назначенных лекарственных препаратах (медицинская карта, выписка из медицинской карты, рецепты и т.п.); копия договора об оказании медицинских услуг; заверенная копия прейскуранта медицинской организации; копии лицензий медицинской организации; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);
- г) если договор страхования и (или) Программа ДМС предусматривают возмещение расходов на посмертную репатриацию: документы, подтверждающие факт смерти Застрахованного лица, а также факт и размер произведенных расходов по репатриации (копия свидетельства о смерти, выданное отделом записи актов гражданского состояния, медицинского свидетельства о смерти; копия договора со специализированной организацией об оказании ритуальных услуг и услуг по репатриации; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);
- д) оригинал или нотариально заверенная копия документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица и (или) его право на получение страховой выплаты (доверенность, свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица, документы органов опеки и попечительства и др.);
- е) оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, представителя Застрахованного лица (по требованию Страховщика);
- ж) копия документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

В случае, если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, предоставляется также копия документа, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты.

9.10.2. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов, сократив перечень документов из числа указанных в п.9.10.1 настоящих Правил, а также принять или запросить документы в иной форме чем установлена настоящими Правилами или принять иные документы взамен указанных.

9.10.3. В случае выявления факта предоставления Страхователем (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:

- а) принять их, при этом срок страховой выплаты не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

б) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком первоначально представленного комплекта документов или в случае запроса дополнительных документов, необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и (или) недостаточности содержащихся в них сведений для принятия решения о страховой выплате - со дня, следующего за днем поступления дополнительно запрошенных документов.

9.10.4. В случае, если имеются основания полагать, что обращение за медицинскими и иными услугами не является застрахованным согласно условиям договора страхования, а документы, предоставленные в соответствии с пп.9.10.1, 9.10.3 настоящих Правил, не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение за медицинскими и иными услугами страховым случаем, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме запросить сведения, связанные с событием, имеющим признаки страхового случая, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий, организаций и учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события.

Запрос и проверка необходимых сведений и документов может быть осуществлена также с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

9.10.5. Все документы, предоставляемые Страховщику в связи со страховым случаем в соответствии с пп.9.10.1, 9.10.3 настоящих Правил, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод.

Документы, предоставляемые Страховщику, должны быть оформлены надлежащим образом (в частности, оригиналы медицинских документов должны содержать штамп и печать лечебного учреждения, подпись врача с расшифровкой фамилии (подпись и печать врача), копии документов должны быть заверены уполномоченным должностным лицом и печатью медицинского учреждения, многостраничные документы должны быть прошиты, скреплены подписью уполномоченного лица и печатью).

В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа, Страховщик уведомляет об этом лицо, подавшее заявление на страховую выплату, в порядке, предусмотренном п.9.10.3 настоящих Правил.

9.10.6. При личном обращении Застрахованного лица или представителя Застрахованного лица Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи, содержащий информацию в отношении каждого принимаемого документа, подписывается Страховщиком и Застрахованным лицом (или представителем Застрахованного лица) с указанием даты приема документов.

9.10.7. При направлении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям Правил страхования и (или) договора страхования) и правильность их оформления. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

9.10.8. Страховщик осуществляет страховую выплату либо направляет заявителю письменное уведомление об отказе в страховой выплате (непризнании заявленного события страховым случаем или отказе (освобождении) в страховой выплате) в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения им последнего из всех запрошенных и надлежащим образом оформленных документов, необходимых для принятия такого решения, если иной срок не предусмотрен договором страхования.

Страховая выплата производится по безналичному расчёту.

Страховщик имеет право продлить (приостановить) указанный в абзаце первом настоящего подпункта срок:

- если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, - до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения;

- в случае запроса Страховщиком документов согласно п.9.10.4 настоящих Правил, - на срок получения Страховщиком запрошенных документов. При этом Страховщик уведомляет заявителя о факте продления срока, указанного в абзаце первом настоящего подпункта.

9.10.9. Страховая выплата в отношении расходов на медицинские и иные услуги, оказанные несовершеннолетнему Застрахованному лицу, производится его законному представителю.

Страховая выплата в отношении расходов на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, может быть произведена законному представителю Застрахованного лица по доверенности, оформленной Застрахованным лицом в установленном законодательством Российской Федерации порядке, или опекуну Застрахованного лица, если Застрахованное лицо является недееспособным.

9.10.10. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов. В случае если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, разрешаются сторонами путем переговоров. При недостижении соглашения спор подлежит разрешению в досудебном порядке путем направления письменной, обоснованной претензии с приложением подтверждающих документов.

10.2. Страховщик в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, обязан рассмотреть письменную претензию Страхователя (Застрахованного лица, представителя Застрахованного лица) и направить ему мотивированный письменный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленных требований в следующие сроки:

а) в случае, если заявитель претензии является потребителем финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Федеральный закон №123-ФЗ):

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком претензии в случае, если претензия направлена 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;

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

б) в случае, если претензия не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом №123-ФЗ, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня регистрации претензии. Претензия подлежит регистрации не позднее рабочего дня, следующего за днем ее поступления Страховщику.

В случае необходимости запроса дополнительных документов и материалов Страховщик по решению единоличного исполнительного органа, заместителя единоличного исполнительного органа или уполномоченного ими лица вправе продлить срок рассмотрения претензии, но не более чем на 10 (десять) рабочих дней, о чем Страховщик уведомляет заявителя.

В случаях, предусмотренных подпунктами 2-5 пункта 9 статьи 6.2 Федерального закона Российской Федерации от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации" Страховщик вправе принять решение оставить претензию без ответа по существу, а в случаях, предусмотренных пунктом 11 статьи 6.2 Федерального закона Российской Федерации от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации", принять решение о безосновательности очередного обращения и прекращении переписки. В этих случаях

Страховщик направляет заявителю уведомление о принятом решении в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня регистрации претензии.

10.3. В случае неудовлетворения претензии Страховщиком в досудебном порядке заявитель - физическое лицо, являющееся потребителем финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом №123-ФЗ, с учетом особенностей, установленных Федеральным законом N 123-ФЗ, вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения претензии.

10.4. В случае направления претензии Страховщиком Страхователь (Застрахованное лицо) должен отправить письменный ответ на претензию Страховщика не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента получения претензии.

10.5. В случае недостижения соглашения по исполнению договора страхования в досудебном порядке, а также в случаях, предусмотренных статьей 25 Федерального закона №123-ФЗ (для споров, по которым предусмотрено обязательное досудебное урегулирование финансовым уполномоченным), спор может быть передан на рассмотрение суда в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. При этом при недостижении соглашения по договорам страхования, заключенным с юридическими лицами или физическими лицами, являющимися индивидуальными предпринимателями, спор передается на рассмотрение Арбитражного суда города Москвы.