

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО «МАКС-Жизнь»
от 17.06.2026 г. №40-ОД(ЖЗН)

П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ
№ 13.1

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «МАКС страхование жизни» (ООО «МАКС-Жизнь») (далее – Страховщик) на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Правила страхования) и действующего законодательства Российской Федерации заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Договоры страхования).

1.2. 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 помощи (медицинских услуг) и иных услуг, определенных программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования (далее – Программа страхования), в Медицинской организации (Сервисной компании).

Под Медицинскими организациями в целях настоящих Правил понимаются:

- юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, с которыми Страховщик заключил договор о предоставлении медицинских и иных услуг Застрахованным лицам;

- индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, с которым Страховщик заключил договор о предоставлении медицинских и иных услуг Застрахованным лицам.

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

1.3. Страхователи - заключившие со Страховщиком Договор страхования дееспособные физические лица (в том числе зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке индивидуальные предприниматели), а также российские и иностранные юридические лица.

1.4. Договор страхования заключается в пользу Застрахованных лиц - физических лиц, названных в Договоре страхования, являющихся трудовыми мигрантами.

Трудовые мигранты – иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и имеющие намерение осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, выданных в

соответствии с законодательством о правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации (далее - разрешение на работу или патент).

Если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

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

Если Договором страхования или действующим законодательством не предусмотрено иное, территорией страхования является Российская Федерация.

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. По настоящим Правилам страхования страховым риском является риск обращения Застрахованного лица (или иного лица - при обращении за услугами по репатриации) в течение действия Договора страхования в Медицинскую организацию (по направлению Страховщика (Сервисной компании), или предусмотренную Договором страхования, или согласованную со Страховщиком (Сервисной компанией)) или в Сервисную компанию за получением в объеме Программы страхования первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний (без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица), предусмотренных Программой страхования, а также услуг по репатриации в случае смерти Застрахованного лица в результате заболеваний и состояний, предусмотренных Программой страхования (при включении таких услуг в Программу страхования).

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 (или иного лица - при обращении за услугами по репатриации) в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую организацию (по направлению Страховщика (Сервисной компании), или предусмотренную Договором страхования, или согласованную со Страховщиком (Сервисной компанией)) или в

Сервисную компанию за получением в объеме Программы страхования первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний (без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица), предусмотренных Программой страхования, а также услуг по репатриации в случае смерти Застрахованного лица в результате заболеваний и состояний, предусмотренных Программой страхования (при включении таких услуг в Программу страхования).

3.5. Конкретный перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, организуемых и оплачиваемых Страховщиком, а также порядок оказания таких услуг указывается в соответствующей Программе страхования, сформированной Страховщиком на основе и в пределах Базовой программы добровольного медицинского страхования (Приложение № 1 к Правилам страхования).

Программа страхования в обязательном порядке включает виды медицинской помощи, а также расходы на лекарственные препараты и медицинские изделия согласно установленным законодательством Российской Федерации требованиям к условиям и порядку осуществления добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, обеспечивающим получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, указанных в разделе I Базовой программы добровольного медицинского страхования (далее - Обязательные виды услуг).

Программа страхования в дополнение к Обязательным видам услуг может предусматривать дополнительные виды услуг в соответствии с разделом II Базовой программы добровольного медицинского страхования (далее – Дополнительные виды услуг).

Программам страхования Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия.

Программа страхования, являющаяся приложением к Договору страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения разделов Базовой программы добровольного медицинского страхования.

3.6. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию за медицинскими и иными услугами:

3.6.1. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования.

3.6.2. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения.

3.6.3. По оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи.

3.6.4. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача.

3.6.5. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий.

3.6.6. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

3.6.7. По оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом.

3.6.8. Связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3.7. Не является страховым случаем, не организуется и не оплачивается Страховщиком репатриация тела Застрахованного лица (при включении услуг по репатриации в Программу страхования):

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

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

3.7.3. Если смерть Застрахованного лица связана с заболеванием или состоянием или событием, указанным в п.3.6 настоящих Правил страхования, или явилась следствием оказания медицинской помощи в плановой форме.

3.7.4. Если смерть Застрахованного лица наступила в результате развития острых заболеваний или обострения хронических заболеваний не на территории страхования и (или) до начала действия Договора страхования.

3.7.5. Если смерть Застрахованного лица наступила после окончания действия Договора страхования, даже если Застрахованное лицо обратилось в Медицинскую организацию за получением первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в неотложной форме в течение действия Договора страхования.

3.8. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхования.

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

3.9.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

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

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

3.10. Понятие «высокотехнологичная медицинская помощь» (п.3.6.3 Правил страхования) и «медицинская помощь в плановой форме» (п.3.7.3 Правил страхования) трактуются в значениях, определенных действующим законодательством.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается по соглашению сторон, исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, входящих в Программу страхования, с учетом требований к минимальному размеру страховой суммы по Обязательным видам услуг, установленных законодательством Российской Федерации.

Страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо.

4.3. Страховая сумма может устанавливаться:

- по всей Программе страхования в целом (если Программа страхования включает в себя только Обязательные виды услуг);

- отдельно в отношении Обязательных и Дополнительных видов услуг (если Программа страхования включает Обязательные и Дополнительные виды услуг).

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 (с учетом п.4.2 настоящих Правил страхования).

4.4. Страховая сумма устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора

страхования и суммы страховой выплаты, осуществляемой Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям, в отношении которых установлена данная страховая сумма (далее - агрегатная страховая сумма).

4.5. В случае, если агрегатная страховая сумма по Обязательным видам услуг исчерпана полностью:

- обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, действие Договора страхования прекращается (если Программа страхования включает в себя только Обязательные виды услуг);

- обязательства Страховщика в отношении Обязательных видов услуг считаются исполненными (если Программа страхования включает Обязательные и Дополнительные виды услуг).

4.6. В случае, если агрегатная страховая сумма по Дополнительным видам услуг исчерпана полностью, обязательства Страховщика в отношении Дополнительных видов услуг считаются исполненными.

4.7. Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы, установленной в отношении Обязательных видов услуг, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей (если законодательством Российской Федерации не установлено иное).

4.8. Договором страхования может быть предусмотрена неагрегатная (невывчитаемая) страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по каждому страховому случаю, произошедшему в течение срока действия Договора страхования.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

5.2. Размер страховой премии по Договору страхования исчисляется Страховщиком исходя из выбранной Страхователем Программы страхования, размера страховой суммы, страхового тарифа и срока действия Договора страхования.

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 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 страхового риска (срок страхования менее или более 1 года, возраст, профессия (род деятельности), регион пребывания Застрахованного лица и иные факторы) в пределах, указанных в приложении №2 к Правилам страхования.

5.5. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным расчетом не позднее срока(-ов), установленного(-ых) в Договоре страхования. 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 (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.

5.7. 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.

5.8. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса не в полном объеме, Договор страхования досрочно прекращает свое действие со дня, следующего за днем уплаты очередного страхового взноса, уплата которого была просрочена либо уплата которого была произведена Страхователем не в полном объеме.

5.9. 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. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия страхования устанавливается Договором страхования по соглашению Страхователя и Страховщика, исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента, и может составлять один год, менее или более одного года.

6.2. Договор страхования вступает в силу (если иное не определено условиями Договора страхования) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого ее взноса.

Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику сведения, необходимые для заключения договора страхования и оценки страховых рисков:

а) сведения о Страхователе:

- если Страхователем является физическое лицо: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения также сообщить с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве); пол; дату рождения; гражданство (при наличии); адрес места

жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дату регистрации; данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства - вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве); контактную информацию (телефон, адрес электронной почты (при наличии); ИНН (при наличии));

- если Страхователем является индивидуальный предприниматель: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения также сообщить с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве); дату рождения; гражданство (при наличии); адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации; данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства - вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве); контактную информацию (телефон, адрес электронной почты (при наличии)); ИНН; ОГРНИП, дату и место государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

- если Страхователем является юридическое лицо: организационно-правовую форму; полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование для коммерческих организаций на русском языке; если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке, сообщить также наименование юридического лица на этих языках; адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия такого органа - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом; контактную информацию (телефон, факс, адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)); ИНН; ОГРН, дату и место государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр юридических лиц; фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени Страхователя и данные документа, подтверждающего такие полномочия;

б) информацию о Застрахованном лице:

- общие сведения: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве; пол; дату рождения; вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве; адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации; гражданство (при наличии); контактную информацию (телефон, адрес электронной почты (при наличии)); предполагаемый срок действия разрешения на работу или патента;

- дополнительные сведения (по требованию Страховщика): сведения об имевшихся и имеющихся заболеваниях, травмах Застрахованного лица; сведения об имеющейся или имевшейся инвалидности; сведения о деятельности Застрахованного лица на территории страхования;

в) условия, на основании которых Страхователь желает заключить Договор страхования: перечень и объем медицинских услуг (Программа страхования), страховая сумма, порядок уплаты страховой премии и т.п.;

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»).

7.2. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя.

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

7.3. По требованию Страховщика при заключении Договора страхования Страхователь должен предоставить следующие документы:

- документы, удостоверяющие личность Страхователя - физического лица, в том числе являющегося индивидуальным предпринимателем, представителя Страхователя - юридического лица, а также Застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства - данные документы должны признаваться Российской Федерацией в качестве документов, удостоверяющих личность);
- свидетельство о регистрации или карточку предприятия Страхователя – юридического лица, Страхователя - индивидуального предпринимателя;
- доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя - юридического лица;
- медицинские документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного лица (результаты медицинских анализов и обследований, заключение врача по результатам медицинского осмотра и обследования Застрахованного лица, заключения профильных специалистов).

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

7.4. После представления Страхователем заявления на страхование и необходимых документов 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 заявление на страхование (если оно составлено в письменной форме) и представленные Страхователем документы становятся неотъемлемой его частью.

7.5. Договор страхования заключается путем составления одного документа (страхового полиса), подписанного Страхователем и Страховщиком.

Договор страхования с физическим лицом может быть составлен также в виде электронного документа (электронного страхового полиса) с учетом особенностей, установленных п.7.6 настоящих Правил.

Страховой полис оформляется в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации требованиями к полису добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

7.6. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь – физическое лицо через официальный сайт (мобильное приложение) Страховщика или страхового агента (брокера) Страховщика заполняет форму (заявление на страхование), включающую сведения из числа указанных в п.7.1 настоящих Правил страхования, и отправляет ее Страховщику. Указанное заявление в электронной форме подписывается

простой электронной подписью Страхователя в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.11 N 63-ФЗ "Об электронной подписи".

На основании заявления Страхователя Страховщик направляет Страхователю – физическому лицу страховой полис, подписанный 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). Страховой полис направляется Страхователю по указанному им адресу электронной почты и (или) размещается в личном кабинете на сайте (в мобильном приложении) Страховщика, страхового агента (брокера).

Страхователь знакомится с условиями Договора страхования и настоящими Правилами страхования на официальном сайте Страховщика или страхового агента (брокера). 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.

При заключении Договора страхования в электронной форме факт ознакомления и согласия Страхователя с Правилами страхования и условиями Договора страхования может удостоверяться также соответствующей отметкой, проставляемой Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика. При этом текст Правил страхования является неотъемлемой частью электронного страхового полиса.

7.7. В случае утраты Договора страхования (страхового полиса) в период действия страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основе письменного заявления выдается дубликат страхового полиса.

При повторной утрате Договора страхования (страхового полиса) в течение действия Договора страхования Страховщику уплачивается денежная сумма в размере стоимости изготовления Договора страхования (страхового полиса).

7.8. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений Правил страхования с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

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

7.9. 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.

7.10. Подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения подписи уполномоченного представителя Страховщика является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.

Подписывая и (или) оплачивая договор страхования, заключаемый на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие на использование Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика.

7.11. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, 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 рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации), адрес места пребывания, 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 организации оказания медицинских и иных услуг, осуществления страховой выплаты, администрирования договора, в целях проверки качества оказания страховых услуг, 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 страхования 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 страхования, 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.

Страхователь обязан до заключения договора страхования на основании настоящих Правил страхования получить согласия от физических лиц, указанных в договоре страхования, заявлении на страхование и иных документах, 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.

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».

7.12. 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

7.13. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также 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.

7.14. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

7.14.1. Истечения его срока действия.

7.14.2. Исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме.

7.14.3. Неуплаты очередного взноса - в порядке, предусмотренном п.5.8 Правил страхования.

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

7.14.5. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.15. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.16. Возврат Страхователю части страховой премии в случае прекращения договора по обстоятельствам, указанным в п.7.15 настоящих Правил страхования, 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.7.15 настоящих Правил страхования;

- 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, а также оригиналы документов, подтверждающих наступление обстоятельств, указанных в п.7.15 настоящих Правил страхования.

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

7.18. 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.

Под непредоставлением, предоставлением неполной или недостоверной информации в целях настоящих Правил страхования и договоров, заключенных на основании настоящих Правил страхования, понимается непредоставление или предоставление неполной (или недостоверной) информации, указанной в п.1 Указания Банка России от 29.03.2022 г. №6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации», в форме ключевого информационного документа.

7.19. В случаях досрочного отказа Страхователя от Договора страхования иных чем указаны в п.7.18 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.

7.20. В случае досрочного отказа Страхователя от Договора страхования 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).

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. Получить при заключении Договора страхования информацию, предусмотренную п.8.6.1 настоящих Правил.

8.1.2. Требовать от Страховщика выполнения обязанностей по Договору страхования.

8.1.3. Получить дубликат страхового полиса в порядке, предусмотренном п.7.7 Правил страхования.

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

8.1.5. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Застрахованное лицо имеет право:

8.2.1. Получить медицинскую помощь и иные услуги в объеме и порядке, предусмотренном Программой страхования.

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

8.2.3. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Проверять достоверность сообщенных Страхователем данных, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страхового риска.

8.3.2. При значительных изменениях в обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, требовать изменений условий Договора страхования и (или) уплаты Страхователем дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Значительными признаются обстоятельства, оговоренные в Договоре страхования (полисе) и в заявлении о заключении Договора страхования.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) 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 последний 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.

8.3.3. 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 скорой медицинской помощи.

8.3.4. Осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. Своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную Договором страхования страховую премию.

8.4.2. Предоставить Страховщику сведения и информацию, необходимые для заключения Договора страхования и оценки страхового риска согласно п.7.1 Правил страхования.

8.4.3. Ознакомить Застрахованное лицо с условиями Договора страхования.

8.4.4. В период действия Договора страхования не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (п.8.3.2 Правил страхования).

8.4.5. 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), 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 8.4.4 настоящих Правил.

8.4.6. Получать от Застрахованного лица (иного чем Страхователь) до заключения Договора страхования согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных и предоставлять его по запросу Страховщика.

8.4.7. 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;

- оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг на сумму, превышающую страховую сумму;

- необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи.

Вызов 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 скорой медицинской помощи осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающимся в оказании медицинских услуг;

- вызов осуществлен Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

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

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача при получении медицинской помощи и распорядок, установленный Медицинской организацией.

8.5.2. Заботиться о сохранности страхового полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской помощи.

8.5.3. При утрате страхового полиса незамедлительно известить об этом Страховщика.

8.5.4. В период действия Договора страхования сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (п.8.3.2 Правил страхования).

8.5.5. 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;

- оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг на сумму, превышающую страховую сумму;

- необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи.

Вызов 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 скорой медицинской помощи осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающимся в оказании медицинских услуг;

- вызов осуществлен Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

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

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. Предоставить Страхователю при заключении с ним Договора страхования следующую информацию:

- а) об объекте страхования, страховых рисках, применяемых 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 размере (примерном расчете) страховой премии на основании заявления о заключении Договора страхования с уведомлением заявителя 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 праве Страхователя, предусмотренном п.8.1.4 настоящих Правил.

8.6.2. Предоставить Страхователю настоящие Правила страхования и (или) дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования, согласно п.7.9 настоящих Правил страхования.

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

8.6.4. По требованию Страхователя (Застрахованного лица) разъяснять положения, содержащиеся в Договоре страхования и в настоящих Правилах страхования, а также в предоставленной в соответствии с п.8.6.1 настоящих Правил страхования информации.

8.6.5. При заключении Договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая (в случае оплаты услуг согласно п.9.4 настоящих Правил), а также своевременно информировать об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно при обращении Страхователя (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.

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

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

- а) обо всех предусмотренных Договором страхования и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо) должен предпринять при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а в случае оплаты услуг согласно п.9.4 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 страхования и (или) настоящими Правилами страхования форме и способе осуществления страховой выплаты.

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

8.6.8. Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, при наступлении страхового случая.

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

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

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

8.8. 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 клиента 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.

8.9. 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.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Для получения медицинских услуг, определенных Программой страхования, Застрахованное лицо обращается в Медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, или непосредственно к Страховщику или Сервисной компании по указанным в Договоре страхования или Программе страхования 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 страхования) родственник Застрахованного лица или иное третье лицо обращается к Страховщику или Сервисной компании по указанным в Договоре страхования или Программе страхования телефонам, после чего Страховщик или Сервисная компания организуют оказание услуг по репатриации.

9.2. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, в Медицинской организации, определенной Договором страхования, Страховщик организует их выполнение в иной Медицинской организации. При этом выбор Медицинской организации производится Страховщиком.

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

9.4. Договором страхования или Программой страхования 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 имеет договорные отношения, Застрахованное лицо (в случае репатриации – родственник Застрахованного лица или иное третье лицо) по предварительному согласованию со Страховщиком или Сервисной компании праве самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные Программой страхования.

9.5. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов Медицинской организации (Сервисной компании) за оказанные медицинские или иные услуги в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), либо в случае самостоятельной оплаты услуг согласно п.9.4 Правил страхования возмещает Застрахованному лицу (в случае репатриации – иному лицу) его расходы, связанные с получением медицинских или иных услуг.

9.6. По окончании действия Договора страхования Страховщик оплачивает медицинские услуги, связанные со стационарным лечением Застрахованного лица, начало которого относится к периоду действия Договора страхования до его завершения по медицинским показаниям (с учетом сроков по госпитализации, предусмотренных Программой страхования).

9.7. Для получения страховой выплаты в случае самостоятельной оплаты услуг согласно п.9.4 настоящих Правил Страховщику предоставляются в срок не позднее 90 (девяноста) календарных дней после получения медицинских или иных услуг следующие документы:

- а) заявление на страховую выплату (с указанием банковских реквизитов);
- б) страховой полис, документы, подтверждающие оплату страховой премии (оригиналы или копии);
- в) документы, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой 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 прејскуранта медицинской организации; копии лицензии медицинской организации; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);
- г) 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, документы органов опеки и попечительства и др.);
- е) оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, его законного представителя, иного заявителя (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.

9.8. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов, сократив перечень документов из числа указанных в п.9.7 настоящих Правил, а также принять или запросить документы в иной форме чем установлена настоящими Правилами или принять иные документы взамен указанных.

9.9. При предоставлении документов согласно п.9.7 настоящих Правил в случае выявления факта предоставления 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. В случае, если имеются основания полагать, что обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами вызвано расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, обращение в связи с которыми не является застрахованным согласно Договору страхования, а документы, предоставленные в соответствии с п.9.7 настоящих Правил, не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами страховым случаем согласно Договору страхования, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме запросить у компетентных органов и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события, подтверждающие документы.

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

9.11. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми случаями, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод.

Документы, предоставляемые Страховщику, должны быть оформлены надлежащим образом (в частности, оригиналы медицинских документов содержат штамп и печать лечебного учреждения, подпись врача с расшифровкой фамилии (подпись и печать врача), копии документов заверены должностным лицом и печатью медицинского учреждения, многостраничные документы 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.9.9 настоящих Правил.

9.12. При личном обращении Застрахованного лица или иного заявителя 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 иным заявителем) с указанием даты приема документов.

9.13. При получении 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.

9.14. В случае самостоятельной оплаты услуг согласно п.9.4 настоящих Правил 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 настоящих Правил, - на срок получения Страховщиком запрошенных документов. При этом Страховщик уведомляет заявителя о факте продления срока, указанного в абзаце первом настоящего подпункта.

9.15. Страховая выплата в случае возмещения медицинских или иных расходов согласно п.9.4 настоящих Правил 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.

9.16. 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) и направить ему мотивированный письменный ответ об

удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленных требований в следующие сроки:

а) в случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) 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 Страхователя (Застрахованного лица) 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 Страхователя (Застрахованного) 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 Страхователь (Застрахованное лицо) - 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.

БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Раздел I. Обязательные виды услуг:

«АМБУЛАТОРНАЯ И СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ»

1.1. Страховщик гарантирует предоставление и оплату первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме (в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний Застрахованного лица (без явных признаков угрозы жизни пациента), входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования (за исключение случаев, предусмотренных п.1.3 настоящей Программы).

1.2. Перечень медицинских услуг.

1.2.1. Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях:

- приемы, манипуляции при оказании доврачебной медицинской помощи фельдшером или другим медицинским работником со средним медицинским образованием;

- приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей следующих специальностей: терапевта, инфекциониста, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, гематолога, аллерголога-иммунолога, офтальмолога, отоларинголога, кардиолога, пульмонолога, уролога, гинеколога, дерматолога, травматолога, хирурга, проктолога;

- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листов нетрудоспособности, рецептов (за исключением льготных);

- проведение инструментальной диагностики: рентгенологической, ультразвуковой, эндоскопической, функциональная диагностика (ЭКГ);

- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, микробиологические, цитологические и гистологические;

- процедуры, манипуляции и методы лечения: подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные струйные инъекции;

- противостолбнячная и антирабическая (при наличии вакцины в медицинской организации) вакцинация при травме, в том числе при укусах животных;

- неотложные вмешательства, проведение малых хирургических операций, выполняемые на приеме врачом, а также манипуляции среднего медицинского персонала по назначению врача, последующие перевязки.

1.2.2. Стоматологическая помощь в неотложной форме:

- приемы, консультации врача стоматолога-хирурга, направленные на купирование острой боли;

- удаление зубов (простое, сложное);

- разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, иссечение капюшона при перикоронарите;

- анестезия местная: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая;

- прицельные дентальные рентгенологические снимки.

1.2.3. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях:

- размещение в общих палатах профильного отделения стационара;
- инструментальная диагностика: функциональная, ультразвуковая, рентгенологическая, эндоскопическая;
- лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические и гистологические;
- реанимационные мероприятия;
- хирургическое и консервативное лечение;
- оформление медицинской документации, листов временной нетрудоспособности.

1.2.4. Страховщиком также оплачиваются расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

1.2.5. Программой страхования может быть предусмотрено ограничение числа посещений врачей-специалистов и (или) сроков по госпитализации в течение срока действия договора страхования.

1.3. Исключения.

Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию за медицинскими и иными услугами:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; гепатит В и С; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия; педикулез, акариоз и другие инфекации; сип и мелиоидоз, сибирская язва; туберкулез; холера; чума), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

Раздел II. Дополнительные виды услуг

2.1. «ВЫЗОВ БРИГАДЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) ПОМОЩИ»

2.1.1. Страховщик гарантирует предоставление и оплату скорой (неотложной) медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний Застрахованного лица, предусмотренных п.1.1 настоящей Программы и требующих срочного медицинского вмешательства (за исключением случаев, предусмотренных п.1.3 настоящей Программы).

2.1.2. Перечень медицинских услуг:

- выезд врачебной бригады в пределах административной границы города (в городах Москве и Санкт-Петербурге – в пределах МКАД, КАД) по месту нахождения Застрахованного лица;
- необходимая экспресс-диагностика;
- комплекс экстренных лечебных манипуляций;
- при необходимости медицинская транспортировка в стационар, который при наличии мест способен обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

2.2. «РЕПАТРИАЦИЯ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ»

2.2.1. Страховщик гарантирует предоставление и оплату услуг по репатриации в случае смерти Застрахованного лица в течение действия договора страхования в результате заболеваний и состояний, предусмотренных п.1.1 настоящей Программы.

Под услугами по репатриации понимаются: подготовка тела, покупка необходимого для перевозки гроба, перевозка останков Застрахованного до ближайшего к его месту постоянного проживания или предполагаемому месту захоронения международного аэропорта (железнодорожного вокзала) страны постоянного проживания.

Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами.

Сопровождение останков Застрахованного лица во время перевозки, расходы по организации похорон и погребению, установке надгробных сооружений, а также иные ритуальные услуги, оказанные на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица, не возмещаются.

2.2.2. Исключения.

Не является страховым случаем, не организуется и не оплачивается Страховщиком репатриация тела Застрахованного:

- если смерть Застрахованного наступила в результате самоубийства (за исключением случаев, когда договор страхования действовал уже не менее двух лет);
- если смерть Застрахованного лица связана с заболеванием или состоянием, полученным при занятиях спортом или в связи с занятиями спортом;
- если смерть Застрахованного лица связана с заболеванием или состоянием или событием, указанных в п.1.3 настоящей Программы страхования, или явилась следствием оказания медицинской помощи в плановой форме;
- если смерть Застрахованного лица наступила в результате развития острых заболеваний или обострения хронических заболеваний не на территории страхования и (или) до начала действия договора страхования;
- если смерть Застрахованного лица наступила после окончания действия договора страхования, даже если Застрахованный обратился в медицинское учреждение за получением первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в неотложной форме в течение действия договора страхования.

Раздел III. Порядок оказания медицинских и иных услуг

3.1. Медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу:

а) в медицинской организации, предусмотренной Программой страхования или договором страхования, или

б) в медицинской организации по направлению круглосуточной консультативно-диспетчерской службы ООО «МАКС-Жизнь» или Сервисной компании.

Выбор медицинской организации, способной обеспечить Застрахованному лицу соответствующую медицинскую помощь, осуществляет Страховщик.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу при наличии страхового полиса по программе страхования и документа, удостоверяющего личность.

Медицинские услуги, полученные Застрахованным лицом самостоятельно, в Медицинских организациях, не предусмотренных Программой страхования или договором страхования (если Медицинские организации предусмотрены Программой страхования или договором страхования), или без обращения в консультативно-диспетчерскую службу ООО «МАКС-Жизнь» или Сервисную компанию, не возмещаются.

3.2. В случае смерти Застрахованного лица для получения услуг по репатриации (если такие услуги предусмотрены договором страхования) необходимо обратиться в круглосуточную консультативно-диспетчерскую службу ООО «МАКС-Жизнь» или Сервисную компанию.

Все услуги, связанные с репатриацией в случае смерти Застрахованного лица, должны быть организованы Страховщиком или Сервисной компанией.

Расходы по репатриации, самостоятельно организованной родственником Застрахованного лица или иным третьим лицом, не возмещаются.

3.3. Порядок оказания медицинских и иных услуг может быть уточнен в Программе страхования.

Раздел IV. Порядок осуществления страховой выплаты

4.1. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов Медицинской организации (Сервисной компании) за оказанные медицинские или иные услуги в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией).

4.2. Порядок осуществления страховой выплаты может быть уточнен в Программе страхования. В частности, Программой страхования 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 имеет договорные отношения, Застрахованное лицо (в случае репатриации – родственник Застрахованного лица или иное третье лицо) по предварительному согласованию со Страховщиком или Сервисной компанией вправе самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные Программой страхования, с дальнейшим их возмещением Страховщиком.