

Приложение №1 к Приказу

№ 003 от 17 сентября 2018 года

.....
Утверждаю

Генеральный директор

Гадлиба Ю. О.

Правила

Международного добровольного медицинского страхования

Москва

2018 г.

Оглавление:

1. Введение	2
2. Терминология.....	2
3. Объекты и субъекты страхования. Страховые риски и страховые случаи	11
4. Исключения.....	12
5. Заключение договора страхования.....	14
6. Страховая сумма	19
7. Страховой тариф. Страховая премия.....	20
8. Территория страхования	21
9. Порядок организации медицинской помощи.....	22
10. Порядок осуществления страховой выплаты	24
11. Порядок прекращения договора страхования.....	27
12. Заключение очередного договора	28
13. Мошенничество	29
14. Права и обязанности	29
15. Заключительные положения	31

Приложение № 1.Программа международного добровольного медицинского страхования

Приложение № 2. Заявление на страхование (корпоративное)

Приложение № 3. Заявление на страхование (индивидуальное)

Приложение № 4. Анкета лица, заявленного на страхование

Приложение № 5. Заявление на получение страхового возмещения

Приложение № 6. Договор (форма 1)

Приложение № 7 Договор (форма 2)

Приложение № 8 Договор (форма 3)

Настоящие Правила международного добровольного медицинского страхования (далее — Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения акционерным обществом «Группа Ренессанс Страхование» (далее — Страховщик) договоров международного добровольного медицинского страхования (далее — Договор, Договор страхования).

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к видам страхования «Медицинское страхование» и «Страхование финансовых рисков».

1.2. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении Договора страхования или в период действия Договора страхования при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.

1.3. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства или нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2. ТЕРМИНОЛОГИЯ

2.1. Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах используются следующие термины:

Администратор

Администратор — юридическое лицо, имеющее необходимую квалификацию или лицензию, привлекаемое Страховщиком в качестве эксперта по оценке риска (андеррайтингу) индивидуального и коллективного международного медицинского страхования, урегулированию страховых случаев и уполномоченного представителя Страховщика по заключению Договоров страхования, консультированию Страхователей по содержанию Программ международного медицинского страхования, взаимодействию с партнерами по реализации Договоров и урегулированию спорных ситуаций.

Статус «активно работающий»

Статус «активно работающий» означает, что работник выполняет свою работу на рабочем месте согласно трудовому договору с работодателем и выполняет активно и компетентно основную часть обязанностей в рамках своей должностной инструкции и без сокращенного рабочего графика. Активно работающими признаются также те работники, которые находятся в очередном ежегодном отпуске; отпуске, предоставленном на время учебы (продолжительностью не более 1 месяца в году); отпуске по беременности и родам; отпуске по уходу за ребенком; отпуске по семейным обстоятельствам (продолжительностью не более трех дней).

Акушерская помощь

Медицинская помощь, оказанная акушером. **Акушер** — медицинский работник, прошедший курс обучения по программе акушерства (признанный в стране нахождения учебного заведения), успешно завершивший данный курс и получивший квалификацию, необходимую для работы по данной специальности или регистрации и (или) получения разрешительного документа (лицензии, сертификата, свидетельства и т. п.) на осуществление акушерской практики.

Альтернативная медицина

Системы, практики и продукты в области медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не считаются частью официальной (конвенциональной, общепринятой) медицины или ее методов лечения и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. К альтернативной медицине относятся следующие методы, например: акупунктура, иглотерапия, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатическая, натуропатическая и остеопатическая медицина, аюрведическая и традиционная китайская медицина и др.

Лицо, оказывающие услуги в области альтернативной медицины, должно иметь официально признаваемую в соответствующей стране квалификацию и разрешение на оказание соответствующих услуг в этой стране.

Амбулаторная операция

Операция, проводимая в операционном блоке стационара или поликлиники в течение одного дня с выпиской в тот же день, а именно, амбулаторная операция характеризуется тем, что пациент ночь перед операцией и ночь после нее не проводит в медицинском учреждении.

Амбулаторное лечение

Консультации, диагностика, медицинские манипуляции и лечение у Врача или в частной, общественной или государственной организации (которая вправе на законных основаниях осуществлять медицинское лечение заболеваний или телесных повреждений, имеет необходимое оборудование, материальные/технологические средства и профессиональных работников для постановки диагноза, осуществления хирургических вмешательств), при которых непрерывное наблюдение и уход за пациентом, в том числе ночью, не требуются.

Ассистанская компания

Российское и (или) иностранное юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, имеющее необходимую квалификацию или лицензию, привлекаемое Страховщиком и (или) Администратором, предоставляющее услуги по организации медицинских и иных услуг (в том числе медико-социальных), а также экспертных, медико-транспортных услуг и услуг по репатриации.

Болезнь

См. «Заболевание».

Заболевание

Любое нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими изменениями, диагностированное и подтвержденное Медицинским учреждением или Врачом. Заболеванием считаются все повреждения и последствия, возникающие в связи с одним и тем же диагнозом, а также все болезни по одной причине или связанным причинам. Если болезнь обусловлена той же причиной, по которой возникло предыдущее заболевание, или связанной с ней причиной, заболевание считается продолжением предыдущего, но не отдельным заболеванием.

Врач

Медицинский работник, имеющий диплом о медицинском образовании, прошедший государственную аттестацию и получивший лицензию или иной разрешительный документ на занятие медицинской деятельностью в стране, где оказывается медицинская помощь.

Семейный врач, врач общей практики или терапевт — врач, предоставляющий лечение, которое не требует узкоспециализированного обучения.

Врач-специалист — врач, получивший специальную квалификацию в сфере деятельности или специальные знания, связанные с лечением соответствующего заболевания или травмы.

Врожденное заболевание

Любое наследственное заболевание; врожденный порок; физическая аномалия и/или любое отклонение от нормального развития, имевшее место с рождения; или медицинское состояние, приобретенное в период развития плода, независимо от того, было ли оно диагностировано в тот период или нет. Для целей страхования не имеет значения, обусловлено ли врожденное заболевание наследственностью или экологией.

Госпитализация

См. «Стационарное лечение».

Стационарное лечение

Помещение Застрахованного лица для проведения лечения в стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, в котором по медицинским основаниям пациент должен остаться на ночь или на более долгий срок.

Двухместная палата

Палата в стационаре, предназначенная для размещения двух пациентов согласно соответствующему этому размещению преискуранту медицинского учреждения.

Дневной стационар

Одно из структурных подразделений лечебно-профилактического учреждения, предназначенное для пребывания пациентов, не нуждающихся в круглосуточном контроле за их состоянием и наблюдении медицинского персонала.

Жизнеугрожающее медицинское состояние

Серьезное неотложное медицинское состояние, требующее оказания немедленной медицинской помощи для того, чтобы Застрахованное лицо избежало смерти или ухудшения состояния здоровья в настоящем или будущем. Серьезность медицинского состояния определяется Службой поддержки с учетом особенностей его проявлений, местонахождения Застрахованного лица в текущий момент и доступности медицинской помощи / медицинских учреждений.

Занятия спортом на профессиональном уровне

Занятия любым видом спорта, включая участие в спортивных соревнованиях и спортивную подготовку к ним, а также проведение учебно-тренировочных мероприятий, направленные на получение вознаграждения или заработной платы либо на достижение публично признаваемых спортивных результатов в виде места, рейтинга, титула и т.п. на официальных спортивных соревнованиях.

Застрахованное лицо

Названное в Договоре физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор. В случае если Договор заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

Изделия медицинского назначения, длительного пользования

Протезно-ортопедические компоненты, протезы, инвалидные кресла, назначенные лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

Лекарственные препараты

Медицинские препараты, необходимые для лечения подтвержденного диагноза или медицинского состояния. Медицинские препараты, не предписанные Врачом и которые согласно официальной инструкции по применению отпускаются из аптек без рецепта, даже если они были рекомендованы к применению Врачом в связи со страховым событием, не включаются в определение лекарственных препаратов. Также не считаются лекарственными препаратами, даже если они назначены Врачом, такие средства, как аспирин; витамины; так называемые противогриппозные препараты и средства лечения при гриппе или ОРВИ, в том числе (но не ограничиваясь) таблетки для снятия воспаления в горле, средства облегчения заложенности носа, полоскания горла и промывания носоглотки, жаропонижающие, иммуностимуляторы; травы; биологически активные добавки; диетические продукты и (или) продукты, которые направлены на поддержание стиля (образа) жизни, в том числе в связи с возрастом, с особенностями и потребностями косметического ухода, с лишним весом; экспериментальные препараты.

Лечение бесплодия

Процедуры, необходимые для установления причин бесплодия (например лапароскопия, гистероскопия матки, гистеросальпингография, гинекография), и медицинские манипуляции / хирургические операции по устранению бесплодия, стимулированию беременности или оплодотворению (например искусственное, экстракорпоральное оплодотворение/осеменение).

Лечение в дневном стационаре

Лечение в медицинском учреждении, не требующее от пациента оставаться на ночь.

Лимит ответственности Страховщика

Максимальный размер страховой выплаты по одному страховому случаю, по одному риску или нескольким рискам в пределах страховой суммы, установленный Договором.

Льготный период

Число дней, начиная с даты, указанной в Договоре как дата оплаты страховой премии (страхового взноса) Страхователем, в течение которых Страхователь обязан уплатить страховую премию Страховщику.

Медицинская помощь

Комплекс мероприятий, включающих медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного лица в поддержании и восстановлении здоровья.

Медицинский консультант

Врач, назначенный Администратором для оценки состояния здоровья лица, заявленного на страхование, или Застрахованного лица.

Необходимая с медицинской точки зрения медицинская помощь

Это медицинские и иные услуги, препараты, товары и средства оказания медицинской помощи, которые:

- i) соответствуют базовым медико-санитарным потребностям Застрахованного лица;
- ii) оказываются наиболее приемлемыми с медицинской точки зрения и в условиях, подходящих для оказания таких медицинских услуг, с учетом стоимости и качества обслуживания;
- iii) по типу, частоте и продолжительности лечебных мероприятий соответствуют научно обоснованным нормативам и руководящим документам медицинских учреждений, исследовательских организаций или организаций здравоохранения или государственных учреждений;
- iv) соответствуют установленному диагнозу состояния или заболевания;
- v) требуются по причинам иным, нежели личная выгода Застрахованного лица или его лечащего врача;
- vi) в соответствии с преобладающими мнениями, изложенными в медицинской литературе, являются:
 - a) безопасными и эффективными для лечения или диагностирования состояния или заболевания, в отношении которого предложено их оказание и (или) использование, или
 - b) безопасными с точки зрения перспективной эффективности в случае лечения угрожающего жизни состояния или заболевания в клинко-экспериментальных условиях.

Неотложное медицинское состояние

Внезапное или неожиданное изменение физического или психического состояния Застрахованного лица, требующее медицинской помощи, о чем Застрахованное лицо заявляет немедленно после вышеуказанного изменения (либо заявляет не сразу, но в минимально возможный при данных обстоятельствах срок, но в любом случае — не позднее чем в течение суток с момента возникновения вышеуказанного изменения), и которое, при неоказании медицинской помощи, может привести к смерти Застрахованного лица или к его телесному повреждению, или к серьезному ухудшению его здоровья.

Несчастный случай

Внешнее, кратковременное (до нескольких часов), непреднамеренное, не являющееся следствием заболевания или его лечения, непредвиденное стечение обстоятельств, имевшее место в течение срока страхования, в том числе противоправные действия третьих лиц, включая террористические акты, при котором вопреки воле Застрахованного лица причиняется вред его здоровью или наступает его смерть. Следующие события, среди прочих, также считаются Несчастливыми случаями: попытка спасения людей или грузов в опасности; вдыхание газа или пара, а также абсорбция отравляющих или агрессивных веществ; вывихи, растяжения, разрывы и повреждения мышц, вызванные внезапным усилием; обморожение; утопление.

Период страхования

См. «Срок страхования».

Период непрерывного страхования

Период времени, в течение которого в отношении Застрахованного лица осуществляется непрерывное страхование путем последовательного заключения Страховщиком со Страхователем очередных Договоров страхования на основании настоящих Правил. Датой начала первого Периода непрерывного страхования является дата начала срока страхования по первому Договору страхования, оформленному в отношении Застрахованного лица на основании Правил. Период страхования по очередным (последовательно заключаемым) Договорам страхования в отношении Застрахованного лица является непрерывным, если дата начала срока страхования по каждому очередному Договору указана как день, следующий за днем окончания срока страхования по предыдущему Договору, и при условии оплаты страховой премии (первого страхового взноса) по очередному Договору в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) дней со дня, указанного как дата оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в очередном Договоре страхования. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные очередным Договором страхования с учетом указанного в настоящем пункте льготного периода, Договор страхования считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается.

Нетрудоспособность

Полная или частичная потеря способности к труду или к самообслуживанию в повседневной жизни, подтвержденная квалифицированным экспертом либо специализированной организацией в соответствующей стране, вызванная телесным повреждением или ухудшением/утратой здоровья, наступившим в результате несчастного случая или заболевания.

Новорожденный

Ребенок, с рождения которого не прошло 30 дней.

Обоснованные и общепринятые расходы

Это расходы на получение консультации врача, медицинские манипуляции, услуги, препараты, товары и средства оказания медицинской помощи, которые сопоставимы с вероятными расходами на аналогичное по сложности лечение в других медицинских учреждениях сопоставимого уровня (класса) в этом же или соседнем регионе или в стране в целом, при этом оценка обоснованности подразумевает также учет общепринятых либо рекомендованных уполномоченными органами/организациями методов, планов или протоколов лечения того или иного заболевания, операции или процедуры, а также их средней стоимости, если такая информация доступна. В странах, где существуют рекомендованные прейскуранты стоимости медицинских услуг или ведется общедоступная статистика стоимости медицинских услуг, термин «Обоснованные и общепринятые расходы» предполагает учет данных прейскурантов и статистических данных.

Если общепринятые расходы не могут быть определены в силу уникальности организованного лечения или оказанной медицинской услуги, решение об обоснованности понесенных расходов принимает Страховщик и (или) Администратор, принимая во внимание все имеющиеся обстоятельства, включая требуемую квалификацию врачей.

Опасные виды спорта

Виндсерфинг; серфинг; дайвинг (на глубине до 20 метров); передвижение на водных лыжах, мотороллерах, мопедах и мотоциклах, гидроциклах (аквабайках), квадроциклах, снегоходах; парасейлинг (полеты на парашюте за катером); яхтинг; трассовое катание на горных лыжах и сноуборде.

Отделение реанимации или интенсивной терапии

Отделение медицинского учреждения, которое используется в качестве отделения реанимации или интенсивной терапии, работающее круглосуточно исключительно с целью лечения пациентов в критическом состоянии, оборудованное для предоставления специальных услуг по уходу и медицинских услуг, которые не могут быть предоставлены в другом месте медицинского учреждения.

Перестраховщик

Страховая организация, в том числе иностранная, обладающая лицензией на осуществление перестрахования, с которой у Страховщика заключен договор о перестраховании рисков в области международного медицинского страхования.

Побочное медицинское состояние

Это любое заболевание, телесное повреждение или ухудшение здоровья, включая психическое нарушение, вызванное предшествующим медицинским состоянием или возникающее в результате той же причины, что и предшествующее медицинское состояние.

Предшествующее медицинское состояние

Телесное повреждение, заболевание или ухудшение здоровья или связанные с ними симптомы, а также беременность, в отношении которых до даты начала срока страхования (вступления Договора страхования в силу):

- i) рекомендована или оказана медицинская консультация, или
- ii) установлен диагноз, предоставлены лечение или уход, включая использование прописанных лекарств; или
- iii) о которых Застрахованное лицо знало заранее или должно было знать, но, несмотря на это, не обращалось за медицинской консультацией или лечением.

Программа международного медицинского страхования

Перечень медицинских и иных услуг (объем медицинской помощи), составленный Страховщиком, включая лимиты ответственности Страховщика по Программе в целом и по отдельным видам покрытий, а также порядок оказания медицинской помощи.

Протез

Устройство, которое заменяет весь орган или его часть или частично или полностью заменяет неработоспособную или плохо функционирующую часть тела.

Психические заболевания

Неврологические, психические расстройства, соответствующие критериям международных классификаций, таких как Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)) или Международная классификация болезней (International Classification of Diseases (ICD)). Расстройства должны проявляться в виде объективных нарушений в настоящее время или приводить к существенному ограничению жизнедеятельности — к полной или частичной потере лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью (например потеря профессиональной трудоспособности). Вышеуказанные проявления должны быть клинически значимыми и не должны ограничиваться только индивидуальными особенностями реагирования на отдельные события, такие как личные жизненные потрясения, межличностные отношения, трудности обучения, адаптации к социокультурным особенностям.

Родина

Страна, в которой Застрахованное лицо родилось или выросло или где находится дом Застрахованного лица, независимо от того, какая страна указана в качестве страны преимущественного проживания Застрахованного лица в заявлении на страхование и (или) анкете лица, заявленного на страхование. Однако если таким образом оказывается невозможным однозначно установить родину Застрахованного, то его родиной считается любая страна, гражданство которой или паспорт которой у него имеется.

Служба поддержки — подразделение, которое занимается организацией медицинской помощи Застрахованному лицу. Данным подразделением может выступать медицинский пулът Страховщика и/или сервисная (ассистанская) компания, и/или Администратор.

Сопровождающее лицо

Лицо, сопровождающее Застрахованного к месту проведения лечения / хирургической операции и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного. Сопровождающим лицом может быть родственник, супруг(а), близкий друг. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные Договором страхования, в отношении только одного Сопровождающего лица, независимо от того, сколько лиц будут в действительности сопровождать Застрахованного.

Софинансирование

Форма франшизы, выраженная в процентах от суммы убытка по каждому страховому случаю. См. «Франшиза».

Стандартная одноместная палата

Палата в стационаре, предназначенная для размещения одного пациента за минимальную стоимость согласно прейскуранту соответствующего медицинского учреждения.

Стационар

Организация любой организационно-правовой формы, имеющая законное право оказывать медицинские услуги и лечение заболеваний, телесных повреждений, имеющая необходимое оборудование, материалы и технологии, где 24 часа в сутки 7 дней в неделю доступны врачи и медицинский персонал, способный установить диагноз и провести хирургическую операцию, а также предоставить пациентам непрерывное лечение, наблюдение и уход.

Страна преимущественного проживания

Страна, в которой у Застрахованного лица есть постоянное местожительство. Однако если таким образом оказывается невозможным однозначно установить страну преимущественного проживания Застрахованного лица, то таковой считается любая страна, гражданство которой или паспорт которой у него имеется.

Срок свободного ознакомления с условиями страхования

В течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования Страхователь (физическое лицо) вправе отказаться от Договора и вернуть уплаченную страховую премию при условии отсутствия событий, обладающих признаками страхового случая, в порядке, предусмотренном разделом 11 Правил.

Срок страхования

Период времени, определяемый Договором, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

Стоматолог (хирург-стоматолог)

Медицинский работник, имеющий диплом о медицинском образовании, прошедший государственную аттестацию в качестве врача-стоматолога и получивший лицензию на занятие стоматологической деятельностью в стране, где оказывается медицинская помощь.

Страхователь

Юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Страховая выплата

Денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения при наступлении страхового случая по Договору страхования.

Страховая премия

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором. Страховой взнос — часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

Страховая сумма

Денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой тариф

Ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховой год

Двенадцатимесячный период, начиная с указанной в Договоре даты начала срока страхования.

Страховой риск

Предполагаемое событие, предусмотренное Договором, на случай наступления которого проводится страхование. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой сертификат

Документ, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, указывающий:

- i) кто является Страхователем и Застрахованным лицом;
- ii) название Программы и срок страхования;
- iii) особые условия страхования или применения тех или иных положений Правил.

Страховой случай

Совершившееся событие в жизни Застрахованного лица, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, которые предусмотрены Договором.

Телемедицина

Комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих деятельность системы оказания дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию специалиста-медика, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

Террористический акт

Акт, включая, помимо прочего, использование силы или насилия и/или угрозу такого использования, со стороны любого лица или групп (группы) лиц, действующих самостоятельно или от лица любой организации (любых организаций) или правительств (правительства), или в связи с ними, преследующих политические, религиозные, идеологические или схожие цели, в том числе намерение оказать воздействие на правительство и/или запугать население или его часть; или использование биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, средства или оружия.

Травма

Телесное повреждение в результате несчастного случая.

Уход на дому

Предписанные врачом медицинские услуги, предоставляемые за пределами медицинского учреждения, оказываемые сразу после или вместо лечения в стационаре медицинским работником, имеющим соответствующую квалификацию и разрешение.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска

Обстоятельства или условия, увеличивающие вероятность заболевания или несчастного случая. К таким обстоятельствам или условиям могут относиться: смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и/или которая может привести к появлению профессиональных заболеваний; длительная командировка на срок свыше трех месяцев в другую страну или в другой климатический пояс; изменение страны преимущественного проживания; появление таких увлечений или начало занятий такими видами спорта и отдыха, которые связаны с повышением вероятности возникновения несчастных случаев и болезней; смена пола Застрахованного лица; инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или аналогичным синдромом. Изменение обстоятельств, сообщенных Страховщику при заключении Договора, признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор не был бы заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях.

Франшиза

Установленная Договором часть убытков (медицинских расходов и иных расходов), выраженная в фиксированном размере (абсолютная франшиза), в виде определенного процента от страховой суммы или убытка (относительная франшиза, софинансирование), которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или Застрахованному лицу и поэтому оплачивается самим Застрахованным лицом. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Хирургическая операция

Совокупность механических воздействий на тканях или органах Застрахованного лица, осуществляемые по медицинским показаниям квалифицированным Врачом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами в операционном блоке (операционной) медицинского учреждения с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей.

Хроническое заболевание

Заболевание, последствие телесных повреждений или медицинское состояние, вызывающее необратимые патологические изменения, требующее длительного непрерывного или периодического наблюдения и/или лечения или оставляющее после себя нарушение трудоспособности. В частности, если заболевание, последствие телесного повреждения или медицинское состояние длится более трех месяцев с даты установления врачом-специалистом и не имеет обоснованного срока завершения/излечения, то оно признается хроническим.

Экспериментальный метод лечения

Лечение, процедура, терапевтический курс, оборудование, медицинский препарат или фармацевтический продукт медицинского или хирургического назначения, которые не были общепризнаны безопасными, эффективными и пригодными для лечения заболеваний или травм различными научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, или которые находятся на стадии исследования, изучения, тестирования или любой стадии экспериментальных работ в клинических условиях.

Экстремальные виды спорта

Прыжки с парашютом, планеризм, катание на горных лыжах или сноуборде вне предусмотренных трасс, спелеология и прыжки на эластичном канате, сэндбординг, дайвинг на глубину более 20 метров, вейкбординг, флайбординг, дельтапланеризм, парапланеризм, кайтсерфинг, каякинг (сплав на небольшом одноместном судне — каяке), каньонинг, зорбинг, бокинг, бейсджампинг, скейтбординг, маунтинбайк (спуск с горы на специальном велосипеде), «Бизон-Трек-Шоу» (гонки на тракторах), погинг, роуп-джампинг (прыжки со специальной страховочной веревкой с высоких объектов), руфинг (восхождение на труднодоступные и опасные крыши и шпили высотных зданий без

страховки), скалолазание, стантрайдинг, триал, трейнсерфинг, фрибординг, роллерблейдинг, выполнение трюков или кросса на специальных велосипедах, участие в регатах, мотогонки, автогонки или иные гонках на скорость, а также иные экстремальные (опасные для жизни и здоровья) виды деятельности, способные увеличить риск наступления страхового случая.

Терроризм ядерный, химический, биологический

Использование любого ядерного оружия или устройства или изготовление, сброс, распространение или утечка любого плотного, жидкого или газообразного химического или биологического вещества в течение периода действия страхования каким-либо человеком или группой людей, которые действуют по собственной инициативе или от имени и/или совместно с какими-либо организациями или правительствами и руководствуются политическими, религиозными или идеологическими мотивами, с целью оказать какое-либо влияние на правительство и/или общество или на его часть посредством его утращения.

Под *химическим веществом* следует понимать любое соединение, которое при соответствующем распространении производит выводящий из строя, разрушительный или смертельный эффект на людей, животных, растения или материальную собственность.

Под *биологическим веществом* следует понимать любые патогенные (вызывающее заболевание) микроорганизмы и/или биологически произведенные токсины (включая генетически модифицированные организмы и химически синтезированные токсины), которые являются причиной заболеваний и/или смерти людей, животных или растений.

Экстренная стоматологическая ситуация

Возникновение острой боли, не снимаемой обезболивающими средствами, отека лица или неконтролируемого кровотечения после удаления зуба в нерабочее время лечащего стоматолога или при нахождении Застрахованного лица далеко от стоматологической клиники, к которой он прикреплен.

Медицинское учреждение

Учреждение здравоохранения, в том числе юридическое лицо любой организационно-правовой формы собственности, частные врачи, осуществляющие деятельность в качестве индивидуального предпринимателя (предприниматели без образования юридического лица), имеющие соответствующую лицензию на осуществление медицинской, фармацевтической деятельности на территории Российской Федерации или за рубежом. К медицинским учреждениям в рамках настоящих Правил относятся:

- i) лечебно-профилактические: больничные учреждения, стационары, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие учреждения в соответствии с термином «Медицинское учреждение», используемым в настоящих Правилах;
- ii) аптечные организации: аптеки, аптеки медицинских учреждений, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски и обособленные подразделения медицинских организаций (амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики), имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности;
- iii) иные учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно в установленном законодательством страны, где оказывается медицинская помощь, порядке.

3. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Объектом страхования, осуществляемого в соответствии с настоящими Правилами, являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

3.2. Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, в том числе связанных с возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного, а также оплатой организации

репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

3.3. Субъектами международного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Администратор, Врач, Медицинское учреждение и иное лицо, оказывающее медицинскую помощь, а также уполномоченные Страховщиком лица, например Ассистанская компания.

3.4. На условиях настоящих Правил Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц; Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.

3.5. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.6. Лица, имеющие на момент заключения Договора страхования заболевания и (или) состояния, перечисленные в п. 5.6 настоящих Правил, принимаются на страхование при условии, что Страховщик был уведомлен о таких заболеваниях и (или) состояниях до заключения Договора страхования, с применением индивидуальных условий страхования и повышающих страховых тарифов, а также прохождением медицинского освидетельствования по требованию Страховщика.

3.7. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу при его обращении к Страховщику и/или в медицинское учреждение по поводу расстройства здоровья и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи, в связи с телесным повреждением в результате несчастного случая или в связи с заболеванием, а также на оказание медицинских услуг при проведении профилактического медицинского обследования Застрахованного лица и при других состояниях, предусмотренных Программой.

3.8. По Договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами, страховыми случаями могут являться следующие события (одно или оба из перечисленных, в зависимости от условий Договора страхования и (или) программы страхования):

3.8.1. обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское учреждение по поводу заболевания, травмы, отравления и по иным основаниям за медицинскими услугами и медицинской помощью, включая, но не ограничиваясь этим, лечебную, диагностическую, лекарственную, консультативную, реабилитационно-восстановительную, оздоровительную, медико-социальную, профилактическую помощь, при условии, что данное обращение повлекло или может повлечь за собой возникновение соответствующих расходов и что медицинские и иные услуги и медицинская помощь предусмотрены Программой и являются необходимыми с медицинской точки зрения. Если иное не предусмотрено Договором страхования, обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина);

3.8.2 возникновение непредвиденных расходов, связанных с организацией и оплатой услуг по предоставлению медицинского оборудования; расходы по медицинской транспортировке; денежная выплата за пребывание в стационаре при отсутствии требований по оплате расходов, связанных с данной госпитализацией; расходы по срочному визиту третьего лица в чрезвычайной ситуации; расходы по эвакуации детей; расходы по сопровождению Застрахованного лица третьим лицом; расходы по перевозке останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, в связи с его смертью в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, острого заболевания или обострения хронического заболевания.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Если иное не предусмотрено Договором, обращение Застрахованного лица за медицинской помощью не признается Страховым случаем, если это обращение сопровождается или связано с каким-либо из следующих обстоятельств:

4.1.1. ядерный взрыв, радиационное или радиоактивное заражение, химическое загрязнение;

4.1.2. война, восстание, мятеж, революция или иная похожая ситуация, в которой происходят активные боевые действия; военные маневры, учения, стрельбы, испытания оружия; террористический акт, акт ядерного, химического, биологического терроризма;

в случае, если:

4.1.2.1. Застрахованное лицо подвергло себя опасности, добровольно войдя в объявленную официальными властями зону отчуждения, конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж, зону проведения антитеррористической операции, зону военных учений, стрельб или испытаний или в зоны с аналогичным риском для жизни и здоровья; или

- 4.1.2.2. если Застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий; или
- 4.1.2.3. если Застрахованное лицо не приняло мер (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности; или
- 4.1.3. умышленные действия Застрахованного лица, приведшие к телесному повреждению или заболеванию; или
- 4.1.4. получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления; или
- 4.1.5. участие Застрахованного лица в драке, ссоре или в любом нарушении общественного порядка либо участие Застрахованного лица в их прекращении, кроме случаев самообороны и в случаях, когда Застрахованное лицо становится жертвой нападения или нарушения общественного порядка; или
- 4.1.6. участие Застрахованного лица в подготовке или осуществлении уголовного преступления; или
- 4.1.7. диагностика, лечение или реабилитация по поводу алкоголизма, употребления наркотиков, химических средств; по поводу алкогольного отравления; по поводу отравления психотропной, наркотической или галлюциногенной субстанцией, а также по поводу любого медицинского состояния, возникшего как следствие вышеуказанных обстоятельств; или
- 4.1.8. сдача анализов, получение прививок или прохождение профессионального осмотра, требуемых при приеме на работу или требующихся время от времени согласно нормативам, установленным законом или работодателем, либо требуемых для занятий спортом, посещения школ, при путешествиях, кроме случаев, предусмотренных Программой; или
- 4.1.9. исследования и медицинские манипуляции в связи с синдромом апноэ (внезапной остановки дыхания во сне) и с исследованиями сна; или
- 4.1.10. курсы лечения, семинары или его обращения за помощью в связи с отказом от курения, даже если это рекомендовано лечащим врачом; или
- 4.1.11. курс диеты или консультации, либо участие в мероприятиях, направленных на снижение его веса; или
- 4.1.12. медицинские манипуляции по лечению ожирения (включая, но не ограничиваясь этим, обходной желудочный анастомоз, баллонирование желудка, уменьшение объема желудка, наложение обходного еюноилеального анастомоза и другие подобные процедуры и их осложнения); или
- 4.1.13. использование препарата «Виагра» и любых других препаратов и методов, применяемых для лечения нарушений эрекции, стимулирующих потенцию, сексуальное влечение; или
- 4.1.14. учебный курс подготовки к беременности и (или) родам; или
- 4.1.15. обрезание, кроме случаев, когда это необходимо с медицинской точки зрения и согласовано в рамках процедуры предварительной авторизации; или
- 4.1.16. консультирование по поводу генетических болезней, соответствующие тесты и скрининги; или
- 4.1.17. нахождение в наркотическом или токсическом опьянении; нахождение в состоянии алкогольного опьянения с уровнем содержания алкоголя в крови 2,5 промилле или выше; или
- 4.1.18. травма, полученная в результате дорожно-транспортного происшествия, если в этот момент Застрахованное лицо находилось за рулем автомобиля и при этом уровень алкоголя в крови и моче оказался выше уровня, допустимого для поездок на автомобиле в стране возникновения дорожно-транспортного происшествия; или
- 4.1.19. травма или заболевание, полученное в результате заключенного Застрахованным пари или спора; или
- 4.1.20. занятие спортом в качестве профессионала; или
- 4.1.21. занятие экстремальным видом спорта; или
- 4.1.22. занятие опасным видом спорта, в случае когда Застрахованный пренебрег мерами предосторожности, безопасности, профилактики; или
- 4.1.23. самолечение (без предписания врача) или прием лекарственных средств без назначения врача; или
- 4.1.24. экспериментальные методы лечения; или
- 4.1.25. омолаживающие процедуры, СПА-процедуры, нахождение на диетическом курорте / рекреации; или
- 4.1.26. медицинская реабилитация, кроме случая, когда она рекомендована Врачом после

покрываемого Программой лечения, согласована со Страховщиком и начинается в течение 5 дней после соответствующей госпитализации; или

4.1.27. нахождение в доме престарелых, специализирующемся не на оказании медицинской помощи, а преимущественно на уходе за престарелыми, их образовательной и реабилитационной поддержке; или

4.1.28. лечение членом его семьи, даже если он является дипломированным врачом; или

4.1.29. стоматологическая помощь и протезирование; или

4.1.30. беременность, роды и уход за новорожденным; или

4.1.31. операция кесарево сечение по желанию; или

4.1.32. стерилизация или бесплодие; или

4.1.33. использование контрацептивов и методов для предотвращения зачатия и беременности; или

4.1.34. аборт, кроме случаев медицинской необходимости для спасения матери; или

4.1.35. косметические и (или) эстетические процедуры, кроме восстановительного лечения после несчастного случая; или

4.1.36. операции по коррекции зрения (кератэктомия и кератотомия, включая методы «ЛАСИК» и «ЛАСЕК»), кроме случаев рефракционного заболевания роговицы (в этом случае хирургия покрывается аналогично другим хирургическим операциям, если они предусмотрены Программой); или

4.1.37. коррекционное обучение; или

4.1.38. операция по изменению пола, подготовка к ней и связанное с изменением пола лечение; или

4.1.39. облысение Застрахованного лица, подбор и изготовление парика и/или вживление волос и все виды лечения выпадения волос; или

4.1.40. предшествующие медицинские состояния или связанные с ними побочные медицинские состояния; или

4.1.41. соответствующая медицинская помощь оказывается до начала срока страхования или после даты его окончания; или

4.1.42. получение медицинских и иных услуг, не предусмотренных Договором страхования и Программой страхования; или

4.1.43. получение медицинской помощи, не назначенной лечащим врачом либо не являющейся необходимой с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания; или

4.1.44. получение медицинских и иных услуг в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных Страховщиком; или

4.1.45. заболевание диагностировано или его лечение проводилось врачом, не имеющим необходимой квалификации; или

4.1.46. нарушение здоровья Застрахованного лица, прямо или косвенно связанное с ВИЧ-инфицированием или с венерическим заболеванием; или

4.1.47. нарушение здоровья Застрахованного лица имеет место во время исполнения судебного акта и (или) во время пребывания в местах лишения свободы, или в период нахождения его под стражей, или во время осуществления следственных мероприятий.

4.2. В случае если медицинское учреждение оказало медицинские услуги, впоследствии не признанные страховым случаем, или Страховщик оплатил стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, впоследствии не признанных страховым случаем, Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) оплатить медицинскому учреждению или возместить Страховщику стоимость оказанных или оплаченных услуг. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан внести указанную сумму в течение одного месяца с даты предъявления такого требования на счет медицинского учреждения или Страховщика. В случае невыполнения данного существенного условия, Страховщик имеет право потребовать возмещения понесенных Страховщиком убытков в судебном порядке.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Договор заключается на срок 12 месяцев, если иной срок не согласован его сторонами.
- 5.2. Для заключения Договора заявитель направляет Страховщику и (или) назначенному Страховщиком Администратору письменное заявление установленной формы либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор.
- 5.3. Для оценки страхового риска Страховщик вправе требовать:

5.3.1. заполнения лицом, заявленным на страхование, анкеты установленной формы;

5.3.2. предоставления выписки из амбулаторной карты / истории болезни лица, заявленного на страхование;

5.3.3. прохождения лицом, заявленным на страхование, медицинского обследования в соответствии с требованиями Страховщика.

Если по какой-либо причине лицо, заявленное на страхование, отказывается предоставить Страховщику информацию о состоянии своего здоровья, от заполнения анкеты, от предоставления выписки из истории болезни / медицинской карты, то такие действия считаются отказом данного лица от заключения Договора;

5.3.4. заполнения Страхователем или лицом, заявленным на страхование, анкеты клиента — публичного лица или его родственника;

5.3.5. предоставления Страхователем сведений об объеме страховых выплат / статистике страховых случаев за последние три года, предшествующие направлению Страховщику заявления на страхование, если группа лиц, заявленных на страхование, ранее была застрахована у другого страховщика по программе медицинского страхования;

5.3.6. от Страхователя указать лица среди заявленных на страхование, у которых имеется предшествующее медицинское состояние из списка, приведенного в п. 5.6 Правил, а также лица, являющиеся инвалидами, и лица, которые не являются активно работающими по состоянию на дату начала действия страхования, с указанием причин такого статуса, если они известны Страхователю, и предполагаемых дат возвращения работников в статус активно работающих. Требования настоящего пункта не применяются в случае заключения очередного Договора в отношении тех же работников Страхователя при их непрерывном страховании.

5.4. На основании информации, заявленной в анкете, и с учетом действующего законодательства, Страховщик вправе установить для вышеуказанного лица дополнительные исключения из страхового покрытия либо иные особые условия страхования, установить повышенный страховой тариф или принять заявленное на страхование лицо без каких-либо особых условий страхования. Для оценки страхового риска Страховщик вправе пригласить Медицинского консультанта.

5.5. Лица старше 65 лет принимаются на страхование в порядке, указанном в пп. 3.6 и 5.4 Правил, за исключением случаев заключения очередных Договоров и их непрерывного страхования.

5.6. Лицо, имеющее на момент заключения Договора или перенесшее ранее любое из нижеперечисленных заболеваний, состояний или статусов, может быть застраховано только с согласия Страховщика при условии, что о наличии у данного лица соответствующего заболевания, состояния или статуса Страховщик был письменно уведомлен лицом, заявленным на страхование, или Страхователем до заключения Договора, и при условии, что Страховщик подтвердил принятие данного лица на страхование:

i) установленное на момент подачи заявления на страхование или перенесенное в течение пяти лет, непосредственно предшествующих этому моменту, онкологическое заболевание;

ii) любой вид опухоли или кисты головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух, или спинного мозга;

iii) с диагнозом лейкемии или любого заболевания крови, требующего лечения сроком не менее одного месяца (например анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т. д.);

iv) установленное на момент подачи заявления на страхование или перенесенное в течение пяти лет, непосредственно предшествующих этому моменту, заболевание сердца (например стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенный инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм, ишемическая болезнь сердца, установленный кардиостимулятор;

v) заболевание, относящееся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений и (или) связанных с ними осложнений;

vi) системное поражение соединительной ткани, в т. ч. все недифференцированные коллагенозы;

vii) заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

viii) состояние ожирения, при котором индекс массы тела превышает 37,0 (индекс массы тела рассчитывается как отношение массы тела человека (в килограммах) к квадрату его роста (в метрах)),

а также состояние дефицита массы тела, при котором индекс массы тела не достигает 18,5;

ix) любая форма диабета; инсульт или кровоизлияние в мозг; психическое расстройство и расстройство поведения; детский церебральный паралич; туберкулез; хронический гепатит В, С, Е, F, G, аутоиммунный; инвалидность; СПИД/ВИЧ; амиотрофический латеральный склероз (болезнь Шарко); болезнь Альцгеймера; болезнь Аддисона; аневризма любого сосуда; анкилозирующий спондилит; атаксия; аутизм; церебральный паралич; цирроз печени; фиброз мочевого пузыря; синдром Дауна; любые заболевания в декомпенсированной форме (не поддающиеся контролю); нарушения, связанные с приемом пищи; гемохроматоз; любой вид гемофилии; системная красная волчанка; системный атеросклероз; миастения гравис; состояние после трансплантации органов; болезнь Паркинсона; распространенный поликистоз почек; полимиозит; синдром Рейтера; саркоидоз; шизофрения; болезнь Виллебранда; болезнь Вильсона; кретинизм; энцефалопатия; эпилепсия; гидроцефалия; сирингомиелия; сифилис; алкоголизм; рассеянный склероз; мышечная дистрофия; облитерирующий тромбангиит; аорто-коронарное шунтирование; застойная сердечная недостаточность; артрит, в том числе ревматоидный; бронхоэктатическая болезнь; эмфизема легких; хроническая обструктивная болезнь легких; тромбоэмболия легочной артерии; пневмококиоз; нефротический синдром; поликистоз почек; фибромиалгия; хронический пиелонефрит; полицитемия; склеродермия; синдром Рейно; болезнь Вагнера; болезнь Ходжкина; болезнь Хантингтона; болезнь Паджета; болезнь Паркинсона; болезнь Линдау; микросомия; тетрада Фалло;

х) все состояния, в связи с которыми на момент подачи заявления на страхование идет обследование.

Указанное условие является существенным согласно ст. 432 Гражданского кодекса РФ, и в случае его несоблюдения в отношении такого Застрахованного лица Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным полностью или в части в судебном порядке на основании ст. 944 Гражданского кодекса РФ.

5.7. В Договоре указываются:

5.7.1. субъекты страхования;

5.7.2. Программа страхования, включая страховые суммы, лимиты, франшизы и, при необходимости, перечень или уровень медицинских учреждений, а также иная необходимая информация;

5.7.3. особые условия страхования, если они предложены Страховщиком по результатам оценки состояния здоровья Застрахованного лица и иных факторов, влияющих на степень страхового риска;

5.7.4. размер и порядок уплаты страховой премии;

5.7.5. срок действия Договора и срок страхования.

5.8. Существенными условиями Договора являются обстоятельства, о которых Страхователя и (или) лицо, заявленное на страхование, спрашивают в заявлении на страхование и/или анкете при заключении Договора или которые зафиксированы в условиях страхования или в Договоре. Все сведения, получаемые от Страхователя и Застрахованного лица в письменной форме при заключении Договора и в связи с ним, признаются его существенными условиями.

5.9. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком, Администратором и их партнерами (например Ассистанской компанией, Перестраховщиком) их персональных данных для осуществления международного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, его администрирования, выявления фальсификации счетов или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений, и др.

Под персональными данными в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Во исполнение обязательств по Договору Страховщик также вправе передавать персональные данные Застрахованных лиц Администратору, врачам, медицинским и иным учреждениям, предусмотренным Договором страхования, а также партнерам Страховщика и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные о Застрахованных лицах. При этом врачи,

вышеуказанные учреждения и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных Застрахованных лиц. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Застрахованного лица.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления и заявления Страхователя об отказе от Договора.

5.10. Соглашения об изменении и досрочном прекращении действия Договора страхования по соглашению сторон оформляются путем составления единого документа, подписанного обеими сторонами Договора страхования.

5.11. Договор страхования вступает в силу с даты начала срока страхования, указанной в Договоре, при условии уплаты страховой премии (первого предусмотренного Договором страхового взноса) в порядке и сроки, установленные Договором, если Договором не установлено иное.

5.12. Страхование, обусловленное Договором, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре страхования не предусмотрен иной срок действия страхования.

5.13. Особенности принятия ребенка на страхование

5.13.1. Если иное не предусмотрено Договором, в случае если заявленный на страхование ребенок является рожденным в результате каких-либо медицинских манипуляций по стимулированию наступления беременности или лечению бесплодия или рожден суррогатной матерью, или является усыновленным/удочеренным, то в отношении такого ребенка начало срока страхования может быть установлено в Договоре только по истечении первых 90 дней его жизни, с учетом соблюдения всех остальных положений настоящего раздела Правил.

5.13.2. Если заявленный на страхование ребенок не является рожденным в результате каких-либо медицинских манипуляций по стимулированию наступления беременности или лечению бесплодия, не рожден суррогатной матерью, не является усыновленным/удочеренным, то применяются следующие положения.

В рамках действующего Договора Страхователь имеет право включить в список Застрахованных лиц новорожденного ребенка с первого дня его жизни, если соблюдены все нижеперечисленные условия:

- i) один из родителей ребенка является Застрахованным лицом по Договору непрерывно в течение не менее 10 месяцев до дня рождения ребенка;
- ii) заявление на страхование ребенка получено Страховщиком в течение первых 30 дней жизни ребенка;
- iii) Страхователь уплатил за такого ребенка страховую премию, при этом Страхователь освобождается от обязанности сообщить Страховщику сведения о состоянии здоровья новорожденного ребенка.

5.13.3. Если иное не предусмотрено Договором, страхование ребенка вступает в силу не с первого дня его жизни, а со дня, определяемого с учетом соблюдения всех положений настоящего раздела Правил,

- i) если никто из родителей ребенка не является Застрахованным лицом по Договору непрерывно в течение не менее 10 месяцев до дня рождения ребенка; или
- ii) если один из родителей ребенка является Застрахованным лицом по Договору непрерывно в течение не менее 10 месяцев до дня рождения ребенка, но ребенок заявлен на страхование после истечения первых 30 дней со дня его рождения.

5.13.4. Стороны заключают дополнительное соглашение к Договору, подтверждающие изменение списка Застрахованных лиц.

5.14. При заключении Договора Страхователь предоставляет Страховщику сведения и/или документы:

5.14.1. Если Страхователь — физическое лицо:

- фамилия;
- имя;
- отчество;
- гражданство;
- дата и место рождения;
- адрес регистрации;
- адрес места проживания;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- ИНН (при наличии);
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) — СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

• **Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:**

А) данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):

- номер карты;
- дата начала срока пребывания в РФ;
- дата окончания срока пребывания в РФ.

Б) данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации)¹:

- серия (если имеется) и номер документа;
- дата начала срока действия права пребывания (проживания);
- дата окончания срока действия права пребывания (проживания).

• **Дополнительно для ИП:**

- основной государственный регистрационный номер;
- место регистрации;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1) — в случае если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является не сам Страхователь, а иное физическое лицо.

5.14.2. Если Страхователь — юридическое лицо:

- наименование организации, с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;

¹ Документами, подтверждающими право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, являются:

- вид на жительство;
- разрешение на временное пребывание;
- виза;
- иной документ, подтверждающий в соответствии с законодательством РФ право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ.

- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес;
- номера телефона, факса, других средств связи;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц — для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации — для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица);
- банковский идентификационный код — для кредитных организаций — резидентов;
- коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1).

5.14.3 Если Страхователь — иностранная структура без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) — для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1).

5.15.4. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
- сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.14.1);
- сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица;
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;
- номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма по Договору устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных

средств и изделий медицинского назначения), предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается для каждого Застрахованного лица.

В этом случае общая страховая сумма по Договору страхования определяется путем суммирования индивидуальных страховых сумм по каждому Застрахованному лицу.

6.2. Договором может быть предусмотрена страховая сумма по Программе в целом и/или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу. Также Договором могут быть предусмотрены лимиты страховых выплат по каждому страховому случаю или по всем случаям, на весь срок страхования либо на его часть, в отношении определенных состояний или заболеваний, существующих у Застрахованного лица на момент заключения Договора страхования или возникших (обострившихся, осложнившихся) в период действия Договора страхования, определенных видов медицинских исследований и манипуляций и т. д.

6.3. Установленная Договором страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в течение действия Договора страхования по конкретной Программе, виду помощи или заболеванию (если отдельные страховые суммы по видам помощи или заболеваниям предусмотрены Договором).

6.4. Договор страхования в отношении Застрахованного лица считается исполненным Страховщиком в полном объеме в части отдельной Программы или в целом с момента, когда страховые выплаты по Договору страхования достигнут размера страховой суммы.

6.5. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. При заключении Договора страхования Страховщик определяет размер страховой премии, которую должен уплатить Страхователь. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения Договора страхования страховыми тарифами с учетом:

7.1.1. запрошенного объема страхового покрытия (компоненты Программы, страховые суммы, франшизы, исключения и т. п.);

7.1.2. количества лиц, заявленных на страхование, их пола, возраста, профессии и территории преимущественного проживания;

7.1.3. статистики страховых случаев по заявленному на страхование коллективу, если таковая имеется;

7.1.4. ценовой категории медицинских учреждений и их географии;

7.1.5. состояния здоровья лиц, заявленных на страхование, по результатам медицинского анкетирования и, при необходимости, дополнительного медицинского обследования;

7.1.6. территории страхования.

7.2. Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу, или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.

7.3. Страховщик вправе установить минимальный и максимальный размер страховой премии.

7.4. Страховая премия может быть уплачена единовременно за весь период страхования или в рассрочку.

7.5. При определении размера страховой премии Страховщик вправе применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, в зависимости от степени страхового риска. Для его оценки Страховщик может использовать экспертное мнение Администратора и Перестраховщика.

7.6. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь, при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов, вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/сокращения перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу, а также о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи.

7.7. Если Договором страхования не установлено иное, льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней предусматривается для уплаты первого и очередного страховых взносов. Если Договором страхования не установлено иное, по Договору, где Страхователем является

физическое лицо или индивидуальный предприниматель, льготный период отсутствует для первого страхового взноса, но применяется для очередного страхового взноса продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней.

7.8. Уплата страховой премии в полном объеме и в срок, предусмотренный Договором, является одной из обязанностей Страхователя по Договору. Если иное не предусмотрено Договором, банковские расходы, связанные с платежами по Договору, оплачиваются плательщиком.

7.9.

Страховая премия может быть уплачена безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика или наличными денежными средствами.

7.10. При уплате страховой премии в безналичной форме Страхователь обязан в платежном поручении сослаться на номер и дату счета, на основании которого производится уплата страховой премии, и номер договора страхования, по которому уплачивается страховая премия.

7.11. Если в течение срока действия коллективного Договора численность застрахованных лиц уменьшается более чем на 20 % по сравнению с первоначальной, или если от Страховщика требуется изменить какие-либо параметры Программы или перевести Застрахованное лицо с одной Программы на другую, Страховщик вправе потребовать доплаты страховой премии и/или изменения условий страхования соразмерно увеличению риска.

7.12. Страхователь или Застрахованное лицо обязаны информировать Страховщика о факторах существенного увеличения степени страхового риска. Данная информация должна быть заявлена Страховщику в течение 30 календарных дней с даты вышеуказанных изменений. В течение месяца с момента получения данного уведомления Страховщик имеет право предложить новые условия страхования и/или изменить страховую премию с учетом новой оценки степени страхового риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, основной территорией страхования является:

8.1.1. Территория I: Европа, кроме Швейцарии и Великобритании, а именно: Россия, Албания, Андорра, Армения, Австрия, Азербайджан, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Ватикан, Хорватия, Кипр, Чехия, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Грузия, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Казахстан, Косово, Кыргызстан, Латвия, Лихтенштейн, Литва, Люксембург, Македония, Мальта, Молдавия, Монако, Черногория, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Сан-Марино, Сербия, Словакия, Словения, Таджикистан, Туркменистан, Испания, Швеция, Турция, Узбекистан, Украина; или

8.1.2. Территория II: весь мир, кроме США; или

8.1.3. Территория III: весь мир.

8.2. Покрытие за пределами основной территории страхования

Расходы по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, являющиеся прямым следствием несчастного случая или неотложного медицинского состояния, подлежат возмещению аналогично тому, как если бы они возникли в пределах основной территории страхования, при соблюдении следующих условий:

i) Застрахованное лицо совершает либо деловую поездку, либо проводит свой отпуск за пределами основной территории страхования;

ii) суммарное число дней страхования, действующего за пределами основной территории страхования, ограничено и устанавливается в Договоре;

однако

a) если соответствующее заболевание уже существовало до поездки за пределы основной территории страхования, то обращение Застрахованного лица за медицинской помощью в связи с данным заболеванием не будет являться страховым случаем;

b) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью за пределами основной территории страхования в связи с беременностью и/или родами (включая осложнения) не будет являться страховым случаем.

8.3. Покрытие на случай экстренной медицинской эвакуации и репатриации действует по всему

миру. Служба поддержки обязана предпринять все возможное для организации и оплаты связанных с экстренной эвакуацией или репатриацией медицинских и медико-транспортных услуг, препаратов и медицинских товаров и средств, являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, однако ответственность Службы поддержки ограничена наличием физических и технических возможностей, доступных в той или иной ситуации/местности, для организации экстренной эвакуации или репатриации. Также действия Службы поддержки не могут противоречить государственному или международному законодательству и требованиям, установленным местными компетентными органами. Лицо, привлеченное для организации экстренной эвакуации или репатриации, освобождается от ответственности за неорганизацию данных услуг, если Застрахованное лицо, по мнению данного лица, находится в регионе, где существует риск военных действий либо действуют политические ограничения или иные условия, в результате которых организация экстренной эвакуации или репатриации оказывается невозможной.

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

9.1. Страхователь и Застрахованное лицо вправе требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты в соответствии с условиями Договора страхования. Если Страхователь или Застрахованное лицо не довольны качеством лечения или оказанной медицинской услуги либо считают ее оказанной не в полном объеме или не оказанной, то соответствующая жалоба должна быть направлена в первую очередь Администратору — письмом по обычной или электронной почте. В случае неудовлетворенности ответом Администратора жалоба может быть направлена Страховщику.

9.2. Для получения предусмотренной Договором страхования медицинской помощи Застрахованное лицо обращается в Службу поддержки / Ассистанскую компанию / медицинский пулът или в любое медицинское учреждение, расположенное на территории страхования, предусмотренной Договором страхования, соблюдая требования о предварительной авторизации, предусмотренные Договором.

9.3. Если Застрахованное лицо требует организации ему медицинской консультации, обследования, лечения или проведения хирургической операции в конкретном медицинском учреждении, либо если Застрахованное лицо самостоятельно организует себе консультацию, обследование, лечение или операцию, то, независимо от их фактической стоимости для Застрахованного лица, Страховщик возместит данные расходы только в той части, в которой они являются обоснованными и общепринятыми.

9.4. Предварительная авторизация

9.4.1. Предварительной авторизацией является получение согласия от Службы поддержки на планируемые действия со стороны Застрахованного лица, его лечащего врача или законного представителя в связи с медицинским состоянием Застрахованного лица. Предварительная авторизация необходима для того, чтобы Служба поддержки могла оказать помощь в организации услуг, являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, контролировать качество лечения и его стоимость.

9.4.2. Для целей Договора предварительная авторизация является одним из существенных условий признания случая страховым в следующих ситуациях:

- i) при помещении Застрахованного в стационар по любым видам покрытий, включенных в Программу, предусматривающих возможность такого помещения;
- ii) при любой медицинской манипуляции, предполагающей общую анестезию;
- iii) при прохождении Застрахованным предоперационного обследования;
- iv) при переходе на домашний уход (когда Застрахованному требуется более 4 посещений со стороны медицинской сестры);
- v) при помещении в хоспис;
- vi) при лечении ВИЧ/СПИДа;
- vii) при лечении на территории США;
- viii) при любом медицинском состоянии, стоимость лечения которого превышает эквивалент восьми тысяч евро;
- ix) при лечении рака;
- x) при ведении беременности и родовспоможении;
- xi) при необходимости воспользоваться услугами авиационного санитарного транспорта.

9.4.3. Предварительная авторизация должна быть инициирована Застрахованным лицом, его

лечащим врачом или законным представителем путем направления в Службу поддержки письменного уведомления по установленной форме не менее чем за 5 календарных дней до предполагаемой даты наступления вышеуказанных событий, кроме случаев неотложного помещения в медицинское учреждение.

9.4.4. Уведомление должно содержать следующую информацию:

- i) диагноз;
- ii) описание требуемого лечения;
- iii) название и адрес медицинского учреждения, где Застрахованному лицу рекомендовано проходить лечение его лечащим врачом;
- iv) ожидаемую продолжительность пребывания в медицинском учреждении;
- v) предполагаемую стоимость лечения.

9.4.5. Если иное не предусмотрено Договором, в случае нарушения условий предварительной авторизации без уважительных причин, указанных в п. 9.6.7, применяется безусловная франшиза в размере 25 % от суммы убытка. Также в случае нарушения условий предварительной авторизации возмещение понесенных расходов не производится и событие не признается страховым случаем, если выяснится, что полученное лечение не было необходимым с медицинской точки зрения.

9.4.6. Предварительная авторизация может иметь ограниченный срок действия и/или действовать в отношении ограниченного перечня медицинских манипуляций. При необходимости получения медицинской помощи, выходящей за рамки, установленные предварительной авторизацией, Застрахованный или лицо, действующее по его поручению, обязаны снова обратиться в Службу поддержки за соответствующей предварительной авторизацией.

9.4.7. В случаях экстренной госпитализации Застрахованное лицо или Страхователь, или их доверенные лица обязаны уведомить об этом Службу поддержки (по телефону, по электронной почте или почтой с уведомлением о доставке) до начала госпитализации или в течение первых 48 часов с момента ее начала. Если Застрахованное лицо по уважительной причине (обстоятельства непреодолимой силы, тяжелое физическое состояние, труднодоступное место пребывания, технические неполадки с системой телефонной связи и т. п.) не имело возможности связаться со Службой поддержки в указанный срок, то оно обязано по возможности сообщить о случившемся в Службу поддержки как можно скорее до выписки из медицинского учреждения и уведомить о предполагаемых расходах.

9.4.8. Если расходы по экстренной госпитализации были самостоятельно оплачены Застрахованным лицом, Страхователем или их доверенными лицами, то Служба поддержки должна быть информирована об этом в минимально возможный при данных обстоятельствах срок, а за возмещением понесенных расходов необходимо обратиться в Службу поддержки до окончания первых 15 дней с момента возвращения Застрахованного лица к месту его постоянного проживания. При этом Страховщик возместит соответствующие обоснованные и общепринятые расходы, понесенные вышеуказанными лицами самостоятельно, при условии, что оказанное Застрахованному лицу лечение являлось необходимым с медицинской точки зрения.

9.4.9. Договором могут быть предусмотрены иные условия по порядку предварительной авторизации.

9.5. При планируемом визите в медицинское учреждение Застрахованное лицо вправе обратиться в Службу поддержки с просьбой выпустить для Застрахованного лица гарантийное письмо, по которому медицинское учреждение может получить оплату своих услуг напрямую от Страховщика или Ассистанской компании. В этом случае запрос Застрахованного лица должен поступить предпочтительно не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до запланированного визита в медицинское учреждение, чтобы Страховщик или Ассистанская компания смогли предложить данному медицинскому учреждению оплатить предполагаемые расходы в связи с обращением Застрахованного лица — в части, покрываемой страхованием, в том числе с учетом франшизы.

9.6. Условия действия страхования на случай экстренной медицинской эвакуации и репатриации

9.6.1. Для того чтобы Служба поддержки начала организацию и оплату услуг, предусмотренных Договором, Застрахованное лицо обязуется предоставить Службе поддержки, по ее требованию, право на получение информации от имени Застрахованного лица, имеющей отношение к его запросу, право на получение от Страховщика средств на возмещение понесенных расходов, покрываемых страхованием по Договору, а также согласие Застрахованного лица на возмещение им

Службе поддержки расходов, понесенных Службой поддержки для оказания Застрахованному лицу услуг, не покрываемых Договором страхования.

9.6.2. Служба поддержки оставляет за собой право решать, каким способом / средством транспорта эвакуация/репатриация будет осуществлена, принимая во внимание все имеющиеся факты и учитывая обстоятельства, о которых Службе поддержки достоверно известно.

9.6.3. Служба поддержки начинает медицинскую репатриацию в случае, если это является необходимым с медицинской точки зрения в ситуации, когда Застрахованное лицо находится в жизнеугрожающем медицинском состоянии, и если достоверно установлено, что необходимое лечение не может быть организовано по местонахождению Застрахованного лица; тогда ему будет предложено вернуться в страну его преимущественного проживания, а Служба поддержки организует транспорт и необходимое медицинское сопровождение в разумные сроки.

9.6.4. В случае если Застрахованное лицо было экстренно эвакуировано по медицинским показаниям Служба поддержки вправе требовать медицинской репатриации Застрахованного лица в страну его преимущественного проживания, если оно в состоянии перенести эту репатриацию, что должно быть подтверждено лечащим врачом Застрахованного лица.

9.6.5. Расходы на транспортировку сопровождающего лица возмещаются исходя из наиболее экономичной стоимости транспортировки и только при условии, что сопровождение является необходимым с медицинской точки зрения.

9.6.6. В случае если после медицинской репатриации и проведенного лечения Застрахованное лицо и лицо, сопровождавшее его во время репатриации, желают вернуться в страну, из которой они были репатрированы, Страховщик возместит стоимость их авиаперелета исходя из наиболее экономичной его стоимости.

9.6.7. Служба поддержки не даст своего предварительного согласия на экстренную медицинскую эвакуацию или репатриацию, если лечащий врач Застрахованного лица возражает против этого, или если страна репатриации (родина или страна преимущественного проживания) находится вне территории страхования, предусмотренной Договором.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу медицинским учреждением и оплачиваемой Страховщиком по Договору, а также медицинские услуги, которые не оплачиваются Страховщиком, определяются Программой, предусмотренной Договором в отношении Застрахованного лица.

10.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в объеме, предусмотренном Программой, с учетом особых условий, если они предусмотрены Договором.

10.3. Страховая выплата по Договору может осуществляться Страховщиком:

10.3.1. в виде оплаты стоимости организованной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение согласно выставленным счетам — в срок, не превышающий 90 календарных дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты, если иной срок не согласован между Страховщиком и соответствующим медицинским учреждением. В случаях наличия у Страховщика возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен;

10.3.2. в виде возмещения Застрахованному лицу его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные Застрахованным лицом обоснованные и общепринятые расходы.

10.4. Для принятия Страховщиком решения о выплате страхового возмещения Застрахованному лицу (если Застрахованный не достиг совершеннолетия, то действовать от его имени по Договору может любой из родителей или иной законный представитель) оно обязано в течение 90 дней с момента обращения в медицинское учреждение по событию, обладающему признаками страхового случая, или с момента, когда у Застрахованного появилась физическая возможность заявить о событии, обладающем признаками страхового случая, предоставить Страховщику следующие документы:

10.4.1. письменное заявление на получение страхового возмещения по утвержденной форме;

10.4.2. направление на оказание медицинской помощи в амбулаторных и/или стационарных условиях, полученное от Врача, а также документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному лицу (выписка из истории болезни, выписной эпикриз);

10.4.3. оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например договоры на оказание услуг), чеки, квитанции, платежные поручения с отметкой банка о его исполнении;

10.4.4. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом, на приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения — документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения;

10.4.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом, на профилактическое медицинское обследование — документы, подтверждающие их назначение семейным врачом (врачом общей практики, терапевтом) и, если необходимо, врачом-специалистом медицинского учреждения, оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения и подробного перечня оказанных услуг и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например договоры на оказание услуг), чеки, квитанции, платежные поручения с отметкой банка о его исполнении.

10.4.6. в случае если обращение за медицинской помощью обусловлено полученной в результате несчастного случая травмой, Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица объяснений обстоятельств несчастного случая (где, когда, каким образом, участники, свидетели, потенциальные виновные) и, при необходимости, официальную справку из правоохранительных и иных компетентных органов, если травмы получены при обстоятельствах, регистрируемых этими органами.

10.4.7. документы, предъявляемые на иностранном языке, принимаются Страховщиком без перевода. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т. п.) Страховщик вправе отсрочить принятие решения по данному страховому случаю до предоставления документов надлежащего качества, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения документов;

10.4.8. в случае визита родственника Застрахованного / другого лица или сопровождения Застрахованного лица, или эвакуации детей:

– оригинал проездного документа / распечатка электронного билета родственника Застрахованного / другого лица;

– оригинал посадочного талона родственника Застрахованного / другого лица с подтверждением оплаты билетов;

– оригинал счета из гостиницы с подтверждением его оплаты;

– документы, подтверждающие расходы на питание;

10.4.9. в случае посмертной репатриации:

– копию свидетельства о смерти Застрахованного;

– копию справки о смерти / медицинского свидетельства о смерти с причиной смерти Застрахованного;

– документы, подтверждающие произведенные расходы по репатриации тела, включая расходы на подготовку тела и покупку необходимого для перевозки гроба/урны.

10.5. Помимо документов, указанных в п. 10.4 настоящих Правил, Страховщик имеет право запросить у Застрахованного лица полную медицинскую информацию (история болезни, амбулаторная карта). При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем до получения запрошенных документов и (или) заключения медицинского учреждения (эксперта), о чем Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления о наступлении страхового случая.

В целях объективного рассмотрения заявления о страховом случае Застрахованное лицо обязано предоставить письменное согласие на передачу Страховщику, Администратору и их партнерам сведений, составляющих врачебную тайну, медицинскими учреждениями, в которых Застрахованное лицо проходило лечение или диагностику.

10.6. Решение о признании заявленного события страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь Договором, Правилами, на основании документов, предоставленных Застрахованным. Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты без предоставления части документов, указанных в п. 10.4 Правил, предоставления документов в иной форме, если на основании предоставленных Застрахованным лицом документов представляется возможным сделать вывод об обстоятельствах наступления страхового случая и исключить обстоятельства, предполагающие отказ в страховой выплате. Застрахованное лицо вправе представить дополнительные документы, не предусмотренные п. 10.4 Правил, по заявленному событию, обладающему признаками страхового случая. При необходимости оценки события, обладающего признаками страхового случая, Страховщик вправе потребовать от Застрахованного лица пройти медицинское обследование в выбранном Страховщиком медицинском учреждении, которое будет организовано и оплачено Страховщиком. Застрахованное лицо, в свою очередь, вправе потребовать присутствия своего лечащего врача на обследовании, организованном Страховщиком. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании страхового риска страховым случаем до выяснения обстоятельств его наступления, до выяснения состояния здоровья Застрахованного лица после получения им медицинской помощи, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления о наступлении страхового случая.

10.7. Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 10.4 Правил, осуществляет принятие решения и выплату страхового возмещения Застрахованному лицу или направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

10.8. Страховая выплата осуществляется способом, указанным Застрахованным лицом в заявлении на возмещение.

10.9. Не признаются страховым случаем и не подлежат возмещению расходы, если:

10.9.1. расходы по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу не признаются страховым случаем согласно настоящим Правилами или Договору; или

10.9.2. услуга, оказанная Застрахованному лицу, не входит в Программу; или

10.9.3. суммарная (за весь срок страхования) сумма расходов, заявленных к возмещению Страховщику, достигла размера страховой суммы или лимита, предусмотренного Программой; или

10.9.4. Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение после окончания срока действия страхования либо до начала действия страхования.

10.10. Страховая выплата осуществляется в валюте Российской Федерации, кроме случаев, предусмотренных российским законодательством.

10.10.1. Если страховая выплата осуществляется в форме возмещения Застрахованному лицу понесенных им расходов, и если эти расходы были понесены в валюте, отличной от валюты, в которой установлена страховая сумма по Договору, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс, установленный Центральным банком Российской Федерации на день, когда соответствующая сумма была уплачена Застрахованным лицом наличными либо списана с его банковского счета.

10.10.2. Если страховая выплата осуществляется в форме прямой оплаты Страховщиком медицинских услуг медицинского учреждения, и если эти расходы были понесены в российских рублях, а страховая сумма по Договору установлена в иностранной валюте, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс, установленный Центральным банком Российской Федерации на день, когда соответствующая сумма была списана с банковского счета Страховщика или Ассистанской компании.

10.10.3. Если страховая выплата осуществляется в форме прямой оплаты медицинских услуг медицинского учреждения, и если эти расходы были понесены в иностранной валюте, отличной от валюты, в которой установлена страховая сумма по Договору, то для целей учета данной страховой выплаты используется обменный курс согласно сайту www.oanda.com на день, когда соответствующая сумма была списана с банковского счета Страховщика или Ассистанской компании.

11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:

11.1.1. истечение срока, на который был заключен Договор;

11.1.2. неуплата Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплата очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования; Договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по Договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты очередного страхового взноса, а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты уплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их через кассу Страховщика или в безналичном порядке. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя; Договором могут быть установлены иные последствия неоплаты очередного страхового взноса;

11.1.3. исполнение Страховщиком договорных обязательств в полном объеме в размере страховой суммы, установленной в Договоре страхования — с даты исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме. По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с информацией об исполнении им своих обязательств в полном объеме с соблюдением Правил о тайне персональных данных Застрахованного;

11.1.4. отказ Страхователя от Договора (кроме отказа в Срок свободного ознакомления с условиями страхования п. 11.1.9 Правил) — с даты получения Страховщиком требования о прекращении Договора или с даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения требования, при этом страховая премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное;

11.1.5. смерть Застрахованного лица (Договор страхования прекращается в отношении такого Застрахованного лица) — с даты смерти Застрахованного лица на основании свидетельства о смерти или решения суда, которым Застрахованное лицо объявлено умершим, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

11.1.6. по соглашению между Страхователем и Страховщиком — с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;

11.1.7. по инициативе Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством РФ;

11.1.8. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором;

11.1.9. отказ Страхователя от Договора в Срок свободного ознакомления с условиями страхования:

11.1.9.1. при отказе Страхователя — физического лица от Договора страхования до даты начала действия срока страхования, предусмотренного Договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

11.1.9.2. при отказе Страхователя — физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) с момента заключения Договора страхования, но после даты начала срока страхования, предусмотренного Договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;

11.1.9.3. при отказе Страхователя от Договора страхования в случаях, предусмотренных пп. 11.1.9.1, 11.1.9.2 настоящих Правил, денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора страхования.

11.1.10. В случае если Договором страхования предусмотрен возврат части неиспользованной страховой премии при досрочном отказе Страхователя от Договора страхования (за исключением

случаев, предусмотренных пп. 11.1.5, 11.1.9.1, 11.1.9.2 настоящих Правил), Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора страхования осуществляет возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено Договором страхования. Возврат страховой премии или ее части не производится в случае, если после вступления Договора страхования в силу имели место события, обладающие признаками страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Если страховая премия была установлена в одной валюте, а уплачена в другой, то изменение обменного курса этих валют с момента уплаты страховой премии до момента возврата ее части не учитывается при расчете суммы к возврату.

11.2. Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в случае:

11.2.1. отказа Страхователя осуществить доплату страховой премии, предложенную Страховщиком в соответствии с Правилами, и (или) изменить условия страхования в связи с изменением обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска.

11.3. В случае обнаружения Страховщиком в процессе исполнения Договора факта того, что при заключении Договора Страхователь и (или) Застрахованное лицо сообщил(о) недостоверные сведения о Застрахованном лице, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном статьей 944 ГК РФ. Примером таких сведений являются сведения, о которых спрашивалось прямо и которые Застрахованное лицо должно сообщить Страховщику и (или) Администратору на основании вопросов, указанных в анкете, по утвержденной форме.

11.4. В случае если Страхователь определенно выражает намерение прекратить Договор, часть обязанностей Страхователя по которому исполнена Застрахованным или иным лицом, отказ от такого Договора допускается только с согласия Застрахованного лица. По согласованию сторон также может быть осуществлена замена Страхователя в Договоре в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ.

12. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОЧЕРЕДНОГО ДОГОВОРА

12.1. Страховщик вправе предложить Страхователю заключить очередной Договор страхования на каждый последующий год.

12.2. При заключении очередного Договора страхования на новый срок Страховщик оставляет за собой право изменить условия Договора, исходя из общих изменений в условиях страхования на дату заключения Договора.

12.3. При наличии изменений в условиях страхования Страховщик своевременно предоставляет информацию об изменениях Страхователю, направляя ее по контактным данным, указанным Страхователем и (или) Застрахованным лицом в заявлении и (или) анкете.

12.4. О желании изменить или об отказе заключить очередной Договор страхования на новый срок Страхователю следует сообщить Страховщику по крайней мере за месяц до истечения годового периода страхования, если иной срок не согласован сторонами в Договоре страхования.

12.5. Договор страхования считается заключенным на очередной срок, если между сторонами достигнуто соглашение по всем существенным условиям и сторонами заключен Договор страхования на очередной срок или заключено соответствующее Дополнительное соглашение к действующему Договору страхования.

12.6. Страховщик и (или) Администратор передает Договор Страхователю к каждому начинающемуся периоду страхования, если в Договоре страхования нет иной договоренности.

12.7. В случае если очередной Договор заключается на период непрерывного страхования, то такой Договор страхования считается новым Договором и оформляется исходя из порядка оформления впервые заключаемого Договора страхования (если применимо, производится индивидуальный медицинский андеррайтинг, по результатам которого составляется новый список индивидуальных исключений из программы страхования).

12.8. Заключение очередного Договора в отношении лиц старше 120 лет допускается в порядке, предусмотренном п. 3.6 Правил.

12.9. Если иное не предусмотрено Договором, все впервые выявленные в период страхования

заболевания и состояния при заключении Договора на новый срок остаются включенными в страховое покрытие при условии непрерывного страхования Застрахованного лица. Если иное не предусмотрено Договором, в рамках Договора страхования на новый срок п. 5.6 Правил не применяется в отношении состояний Застрахованного лица, впервые диагностированных во время срока страхования по предыдущим Договорам при условии непрерывного страхования Застрахованного лица.

12.10. Заявление Страхователя и, если применимо, анкета лица, заявленного на страхование к первоначальному договору, — все документы, на которые Страховщик ссылается при заключении и исполнении Договора, являются неотъемлемой частью очередного Договора страхования.

13. МОШЕННИЧЕСТВО

В целях настоящих Правил под мошенничеством понимается предоставление заведомо недостоверной, неполной или ложной информации. В случае предоставления заведомо ложных сведений Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

14. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

14.1. Страхователь вправе:

- а) требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;
- б) досрочно прекратить действие Договора страхования;
- в) прекратить в отношении Застрахованного лица действие Договора страхования;
- г) требовать от Страховщика или от назначенного им Администратора Программы разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

14.2. Страхователь обязан:

- а) своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;
- б) предоставить Страховщику по его требованию достоверную информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц;
- в) передать Застрахованному лицу необходимые страховые документы, определенные Правилами, а при их утрате — дубликаты, а также разъяснить Застрахованному лицу условия Договора страхования;
- г) своевременно сообщить Страховщику об изменении своих персональных данных, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства и пр.;
- д) своевременно письменно сообщать Страховщику о ставших ему известными факторах увеличения степени риска;
- е) предоставить по запросу Страховщика письменные согласия от Застрахованных лиц на обработку их персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.

14.3. Страховщик вправе:

- а) проверять полученную от Страхователя и Застрахованного лица информацию;
- б) потребовать от Страхователя предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья, предусмотренных настоящими Правилами, или проведения медицинских обследований принимаемого на страхование лица, с целью определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска);
- в) досрочно прекратить Договор в случаях, предусмотренных Правилами и законодательством РФ, направив уведомление о досрочном прекращении действия Договора Страхователю и Застрахованному лицу;
- г) отсрочить принятие решения о страховой выплате, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства или, если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в праве Застрахованного на получение страховой выплаты, до тех пор, пока он не представит Страховщику необходимые доказательства. Страховщик обязан письменно уведомить Застрахованное лицо (Страхователя) о принятии решения об отсрочке страховой выплаты в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты

получения заявления о наступлении страхового случая;

д) направлять своего законного представителя для осмотра Застрахованного лица в любое время и с необходимой частотой.

14.4. Страховщик обязан:

а) организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями Договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

б) контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими учреждениями;

в) осуществить страховую выплату в порядке и сроки, которые определены Правилами и (или) Договором страхования;

г) выдать Страхователю страховые документы, предусмотренные Правилами, а при их утрате — дубликат.

14.5. Застрахованное лицо вправе:

а) требовать от Страховщика или назначенного им Администратора организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;

б) требовать от Страховщика возмещения (с учетом франшизы) личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи;

в) сообщать Страховщику или Администратору в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

г) при утрате страховых документов получить их дубликат;

д) требовать от Страховщика или Администратора разъяснения положений, содержащихся в Правилах и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

е) обратиться к Страховщику или Администратору за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору страхования.

14.6. Застрахованное лицо обязано:

а) при заключении Договора по требованию Страховщика пройти обследования для оценки состояния здоровья;

б) соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

в) соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) не передавать страховой сертификат другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования;

д) своевременно сообщить Страхователю и (или) Администратору об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

е) при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

ж) уплачивать страховую премию / страховые взносы, если это предусмотрено Договором страхования;

з) при отсутствии возможности, необходимости или желания воспользоваться медицинскими услугами в медицинском учреждении, услугами медицинской помощи на дому или услугами скорой медицинской помощи, установленными Застрахованным лицом после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о получении данной медицинской помощи, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения медицинского учреждения, вызова врача на дом или бригады скорой медицинской помощи;

и) при организации медицинской эвакуации или репатриации строго следовать полученным рекомендациям по организации транспортировки и лечению;

к) немедленно сообщить Страховщику (или в минимально возможный при данных обстоятельствах срок) о диагностировании Застрахованному лицу любого из заболеваний или установлении статуса из списка, приведенного в п. 5.6 Правил;

л) по требованию Страховщика пройти обследование или предоставить дополнительную медицинскую документацию в случае диагностирования Застрахованному лицу любого из

заболеваний или установлении статуса из списка, приведенного в п. 5.6 Правил;
м) своевременно оплачивать сумму франшизы, если она предусмотрена Договором.

14.7. Договором или конкретной Программой страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

15.1. В соответствии с настоящими Правилами считается конфиденциальной следующая информация:

15.1.1. о сумме страховой премии, уплаченной по Договору страхования, и особых условиях страхования, если такие были согласованы Сторонами;

15.1.2. о персональных данных Страхователя и Застрахованного лица, как они определены действующим законодательством РФ, включая, но не ограничиваясь этим, данные о состоянии здоровья Застрахованного лица, о заболеваниях Застрахованного лица, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.

15.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации. Однако Страховщик имеет право передавать своим партнерам (Администратору, Перестраховщику, Ассистанским компаниям) в необходимых объемах сведения о лице, заявленном на страхование, для оценки степени страхового риска, для заключения договора перестрахования, для рассмотрения событий, обладающих признаками страхового случая, и для урегулирования страховых случаев.

15.3. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия — в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

15.4. Все документы, на которые Страховщик ссылается при заключении и исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью, например анкета, заявление на страхование, заявление на страховую выплату, иные документы и декларации Страхователя и Застрахованного лица, документы, приложенные к вышеуказанным заявлениям для заключения Договора и осуществления страховой выплаты, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в Договоре страхования, а также все относящиеся к Договору надлежащим образом оформленные изменения, дополнительные соглашения и поправки; сведения, справки и отчеты, полученные от врачей, наблюдавших Застрахованное лицо, и иные сведения, полученные Страховщиком о Застрахованном лице.

15.5. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей и Застрахованных лиц.

15.6. Если иное не предусмотрено Договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть (обстоятельств непреодолимой силы), Страховщик вправе отсрочить исполнение своих обязательств по Договору, проинформировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, наводнения, землетрясения.

15.7. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанным в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:

- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения.

Если в заявлении о выплате страхового возмещения или Договоре страхования не указан способ уведомления Страхователя, то уведомление осуществляется путем направления СМС-сообщения на номер телефона, указанный в Договоре страхования; при отсутствии номера телефона — простым или заказным письмом по адресу, указанному в Договоре страхования, либо по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан — с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

15.8. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.

15.9. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемых на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.