



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом ООО СК «Согласие-Вита»
От 31.05.2021 года № СВ-1-07-38
Директор финансово-юридического департамента
/ И.А.Удалова



**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Москва 2021

1. Общие положения.

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») ООО СК «Согласие-Вита» (далее по тексту – «Страховщик») заключает следующие договоры добровольного страхования (далее по тексту – «Договор(-ы)» или «Договор(-ы) страхования»): договоры добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры страхования»).

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в том числе, Приложениях) и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования, и сами Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе, Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю. При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде.

Приложения к Правилам страхования являются их неотъемлемыми частями.

1.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также вправе утверждать разработанные на основании настоящих Правил условия страхования для отдельного договора страхования или группы договоров страхования в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.4. В настоящих Правилах страхования и договорах страхования, которые заключены на основании настоящих Правил, термины используются в значении, установленном настоящим разделом и приложениями к Правилам страхования.

1.4.1. **Врач-специалист** – специалист с окончанным высшим медицинским образованием, имеющим юридическое право заниматься лечебно-профилактической деятельностью.

1.4.2. **Выгодоприобретатель** – одно или несколько лиц, в пользу которых заключен Договор страхования, и которое(-ые) обладает(-ют) правом на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное лицо не указано в Договоре страхования.

1.4.3. **Годовщина действия Договора страхования** — число и месяц даты начала действия Договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия Договора приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия Договора страхования считается 28 февраля, в високосные годы — 29 февраля.

1.4.4. **Дополнительное Застрахованное лицо (ДЗ)** – физическое лицо, являющееся ребенком Застрахованного лица по Основной программе по закону, в том числе, усыновленные и находящиеся на иждивении Застрахованного лица или рожденные в течение срока действия Договора. Положения Правил, относящиеся к Застрахованному лицу, в равной мере относятся к Дополнительному Застрахованному лицу, кроме случаев, когда Договором страхования для Дополнительного Застрахованного лица предусмотрены иные условия, отличные от условий для Застрахованного лица.

1.4.5. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен договор страхования.

1.4.6. Под «**иными организациями**» в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:

1.4.6.1. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим законодательством, фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в том числе, аптечные организации);

1.4.6.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – «сервисные компании» или «асисстанс-компании»).

1.4.7. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая приложения к нему) по страховому (-ым) риску (-ам) / по страховому (-ым) случаю (-ям) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в том числе, в процентах от страховой суммы), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству обращений и прочее).

1.4.8. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.4.9. Под **Медицинскими услугами и иными услугами** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:

1.4.9.1. **Медицинские услуги** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования.

1.4.9.2. **Иные услуги** – услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по транспортировке, в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой (-ых) к договору страхования.

1.4.10. Под «**медицинскими организациями**» в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются юридические лица, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – «**медицинские организации**»).

1.4.11. **Период ожидания** — период, установленный в днях и исчисляемый с даты начала срока действия Договора страхования, в течение которого произошедшее событие не является Страховым случаем по страховому риску, в отношении которого предусмотрен период ожидания.

1.4.12. **Период охлаждения** — период времени, начинающийся со дня заключения Договора страхования, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования, а Страховщик обязан вернуть уплаченные денежные средства/часть денежных средств в порядке, установленном в разделе 7 настоящих Правил. По настоящим

Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней, если иной срок не установлен действующим законодательством Российской Федерации или если Договором страхования не предусмотрен иной срок, не противоречащий действующему законодательству Российской Федерации.

1.4.13. Платежное поручение – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств по факту оплаты страховой премии (страхового взноса), который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4.14. Полисный год – отрезок периода страхования, начинающийся в дату вступления Договора страхования в силу или в каждую последующую Годовщину действия Договора страхования и действующий 1 (один) год.

1.4.15. Программа добровольного медицинского страхования (также может именоваться Программа ДМС) – документ, являющийся приложением к Правилам и неотъемлемой частью Договора страхования, предусматривающий соответствующий страховой риск, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также могут быть указаны порядок их оказания и иные положения, предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.

1.4.16. Программа страхования – один или комбинация нескольких страховых рисков, с ответственностью по которым заключается договор страхования.

1.4.17. Срок страхования – период действия Договора страхования, при наступлении страхового случая во время которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат и/или по оказанию услуг в соответствии с Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате). Условиями Договора страхования может быть специально оговорен срок страхования в отношении отдельных программ страхования/страховых рисков.

1.4.18. Страхователь – юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.4.19. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования и/или настоящими Правилами страхования.

1.4.20. Страховая сумма – денежная сумма, определенная в порядке, установленном Договором страхования, исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.4.21. Страховой взнос – часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку, в соответствии с условиями Договора страхования.

1.4.22. Страховой полис – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования.

1.4.23. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

1.4.24. Страховой случай – произошедшее в период действия Договора страхования событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого Страховщик обязан произвести страховую выплату.

1.4.25. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Согласие-Вита (ООО СК «Согласие-Вита»), действующее на основании лицензий ЦБ РФ на осуществления страхования СЖ № 3511 и СЛ № 3511.

1.4.26. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, используемая для расчета страховой премии. Страховой тариф по конкретному договору страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем.

1.4.27. Территория страхования — территория, на которую распространяется действие

Договора страхования. По настоящим Правилам территорией страхования определяется весь мир, если Договором страхования не предусмотрено иное.

1.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки.

1.6. Приложениями к Правилам страхования могут быть предусмотрены дополнительные термины, не указанные в настоящем разделе.

1.7. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке. По соглашению Сторон в Договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) соглашением Сторон.

2. Объекты страхования. Субъекты страхования.

2.1. Объектами страхования являются:

2.1.1. в отношении страхового риска п. 3.1.1. – имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (подп. 5 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – медицинское страхование).

2.2. Договор страхования заключен в пользу Застрахованного лица, если иное не установлено Договором страхования.

2.3. Договор страхования по настоящим Правилам страхования может быть заключен на стандартных условиях.

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

2.4. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Согласие-Вита (ООО СК «Согласие-Вита»).

2.5. Страхователь – дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.6. Застрахованное лицо – физическое лицо, названное в Договоре страхования, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования.

Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

Договор страхования может быть заключен в отношении нескольких (далее также по тексту – «коллективное страхование») или одного (далее также по тексту – «индивидуальное страхование») Застрахованных(-ого) лиц(-а).

2.7. Выгодоприобретатель(-и) – лицо(-а) в пользу которого(-ых) заключен Договор

страхования, имеющий(-ие) право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица.

3. Страховые риски. Страховые случаи.

3.1. В соответствии с настоящими Правилами Договор страхования может быть заключен с ответственностью по следующим страховым рискам (предполагаемым событиям, на случай наступления которых проводится страхование):

3.1.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных **программой добровольного медицинского страхования** (далее – **Программа, Программа ДМС**) Застрахованного лица, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, и/или (если применимо к Договору страхования в зависимости от Программы) для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, если такое обращение Застрахованного лица влечет возникновение обязательства Страховщика по оплате медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в пункте 3.3. Правил страхования) (**также именуется «Обращение по программе ДМС»**), которая может содержать в себе одну, несколько Программ или все Программы из числа следующих (в зависимости от того, какая Программа предусмотрена для Застрахованного лица в Договоре страхования):

- Программа ДМС №1.1 «Онлайн консультации (Телемедицина). Все включено» (также далее по тексту – «Программа №1»);
- Программа ДМС №1.2 «Реабилитация» (также далее по тексту – «Программа №2»);
- Программа ДМС №1.3 «Комплексная» (также далее по тексту – «Программа №3»);
- Программа ДМС №1.4 «Чек-ап 2.0» (также далее по тексту – «Программа №4»);

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в Договоре страхования. Если по Договору страхования несколько Застрахованных лиц, то в отношении разных Застрахованных лиц Договором страхования может быть предусмотрено страхование по различным страховым рискам из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.2.1. При страховании по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1 Правил страхования, Стороны при заключении договора страхования могут договориться об изменении объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, указанных в соответствующей Программе страхования (в том числе, об уменьшении (увеличении) перечня медицинских и (или) иных услуг), об изменении областей медицины, об исключении отдельных заболеваний (состояний), при которых Страховщик организует оказание медицинских и иных услуг и оплачивает такие услуги, о сокращении (увеличении) перечня специалистов, проводящих плановые консультации);

3.3. Не являются страховыми случаями события (исключения из страхования), наступившие:

3.3.1. В результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний / несчастного случая при заключении Договора страхования;

3.3.2. В результате отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);

3.3.3. В результате и/или во время управления Застрахованным лицом транспортным

средством без права на управление, либо, когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

3.3.4. Во время пребывания в местах лишения свободы;

3.3.5. В результате и/или во время непосредственного участия Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

3.3.6. Вследствие полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

3.3.7. В результате и/или во время занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятия следующими видами спорта / увлечениями (вне зависимости от уровня): авто/мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, прыжки с канатом), альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, катание на моторном катере, гребля на байдарках, каноэ, каяке;

3.3.8. В результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;

3.3.9. До истечения периода ожидания, установленного Договором;

3.3.10. Обращение Застрахованного лица для организации оказания медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования).

3.3.11. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг лица/лицу, не являющегося/не являющемуся Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования).

3.3.12. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в медицинские организации и/или сервисные компании, не предусмотренные договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования), или выбор которых не был согласован со Страховщиком.

3.4. По страховому риску, указанному в п. 3.1 Правил, не являются страховыми случаями события, указанные в качестве исключений в Программах №№ 1 – 4.

3.5. По соглашению Сторон Договором страхования и/или Программами №№ 1 – 4 может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в Правилах (в том числе, от указанного в Приложениях к Правилам), и Стороны могут предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и(или) сократить данный перечень, и (или) дополнить его иными положениями.

3.6. События, предусмотренные исключениями, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

3.7. Датой наступления страхового случая по страховому риску, указанному в п.п. 3.1.1 настоящих Правил страхования признается:

3.7.1. Дата обращения Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных Страховщиком за организацией и/или оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования;

3.7.2. Дата обращения Застрахованного лица и/или иного лица в интересах Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую и/или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания медицинских услуг и иных услуг,

предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих экстренного оказания таких услуг.

4. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия и порядок ее уплаты.

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования (Страховом полисе). Страховая сумма определяется в порядке, установленном договором страхования при его заключении при соблюдении положений настоящих Правил страхования.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховая сумма устанавливается отдельно по каждому страховому риску. Страховая сумма может устанавливаться постоянной по всем рискам, либо агрегатной (уменьшаемой). Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте или одновременно в рублях РФ и в иностранной валюте.

При установлении страховой суммы (в том числе, частично) в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, сумма в рублях устанавливается по официальному курсу Центрального банка РФ на дату заключения договора страхования, если Договором страхования не определены иной курс и (или) иная дата его установления.

4.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы.

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая, и иных факторов Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.3. Страховая премия оплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования.

При «страховании в эквиваленте» страховая премия (страховые взносы при оплате в рассрочку) оплачивается в российских рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату платежа, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в Договоре страхования.

4.4. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии или первого страхового взноса (при оплате в рассрочку) в полном объеме и до истечения срока, указанного в Страховом полисе, Договор страхования считается не вступившим в силу, и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в срок, установленный соглашением Сторон, а при его отсутствии – в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

4.4.1. возврат денежных средств производится в рублях;

4.4.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте или при «страховании в эквиваленте», возврату подлежит оплаченная сумма в рублях.

4.5. Стороны пришли к соглашению, что при ненадлежащей оплате очередного страхового взноса (неполная или несвоевременная оплата) Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме. При этом договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими

Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.

4.6. Если иное не установлено Договором страхования, в случае, если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней (при ежегодной рассрочке), продолжительностью 30 (тридцать) календарных дней (при остальной рассрочке); льготный период исчисляется с даты, установленной для оплаты очередного взноса, внесение которого просрочено. Если до истечения льготного периода (если предусмотрен) или в срок, установленный Договором страхования для оплаты очередного взноса (если льготный период не предусмотрен) очередной страховой взнос не будет оплачен в размере, установленном согласно условиям Договора страхования и Правил страхования, Договор страхования (права и обязанности сторон, установленные Договором страхования), прекращается в 23 часа 59 минут последнего дня действия льготного периода (если предусмотрен) или, если льготный период не предусмотрен, с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, установленной для оплаты очередного страхового взноса, который не был оплачен в установленный Договором страхования срок в размере, установленном согласно условиям Договора страхования и Правил страхования.

4.7. Договором страхования могут быть установлены последствия неуплаты очередного страхового взноса в сроки и в размере, установленные Договором страхования, отличные от указанных в настоящем пункте Правил.

4.8. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

4.9. При оплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

4.9.1. обязан уведомлять Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса, в том числе об оплате его не в полном объеме, а также о последствиях неоплаты очередного страхового взноса, предусмотренных договором страхования;

4.9.2. в праве уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса.

5. Срок действия договора страхования. Срок страхования.

5.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.

5.2. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для Сторон с даты, предусмотренной Договором страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и в срок, установленные Договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен Договором страхования.

5.3. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, срок действия договора страхования начинается с 00 часов 00 минут даты вступления договора страхования в силу и оканчивается в 23 часа 59 минут 59 секунд последнего дня его действия.

5.4. Даты и время начала и окончания срока страхования совпадают с датами и временем начала и окончания действия Договора страхования соответственно, кроме случаев, когда Договором страхования предусмотрены иные сроки начала и (или) окончания срока страхования (в том числе, для отдельных страховых рисков). В случаях, когда Договором страхования предусмотрены иные сроки начала и (или) окончания срока страхования, срок страхования исчисляется следующим образом: с 00 часов 00 минут дня начала срока страхования до 23 часов 59 минут 59 секунд дня окончания срока страхования. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования.

6. Порядок заключения и изменения договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

6.1.1. Путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписывается в соответствии с требованиями действующего законодательства;

6.1.2. Путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования/оплатой страховой премии (первого страхового взноса). Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика;

6.1.3. Путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Для заключения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:

6.2.1. Письменное Заявление по установленной Страховщиком форме (с приложениями и дополнениями к нему, если предусмотрены и если Договор страхования заключается на основании письменного заявления).

6.2.2. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Выгодоприобретателя / Застрахованное лицо, а также их представителей (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.); документы, удостоверяющие личность, для физических лиц; документы о государственной регистрации; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом, Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) и учредительные документы для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки, и др.).

6.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.

6.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

6.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.6. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе.

6.2.7. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).

6.2.8. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый

государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.9. Сведения и/или документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные п. 6.3 настоящих Правил (если применимо).

6.2.10. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.).

6.2.11. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.

6.2.12. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в том числе, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

6.2.13. Сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).

6.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страховых рисков и может при этом:

6.3.1. Запросить у Страхователя следующие сведения в отношении Застрахованного лица:

а) возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;

б) сведения о диспансерном учете;

в) сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в том числе, сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации) / сведения, связанные с беременностью (для женщин));

г) сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в том числе, временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в том числе, сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);

д) сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в том числе, об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.)).

е) сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);

ж) сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в том числе, о соотношении активов и принятых на себя обязательств), справка о доходах физического лица по форме 2-НДФЛ, налоговая декларация по налогу на доходы физических лиц по форме 3-НДФЛ);

з) сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);

и) сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);

к) сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);

л) сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;

м) сведения об иждивенцах;

н) сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных

предпринимателей) (в т.ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль);

о) сведения об общем трудовом стаже на текущем месте работы, наличии действующего трудового договора и отсутствии испытательного срока по данному трудовому договору, осуществляет ли Застрахованное лицо деятельность по договору гражданско-правового характера, осуществляет ли трудовую деятельность на условиях не полной рабочей недели, не полного рабочего дня; является ли временным, сезонным рабочим, служащим в отрасли, которая подразумевает сезонный характер в работе, является ли лицом, которому назначена трудовая пенсия по старости, в том числе досрочно, а также трудовая пенсия по старости, предусмотренная пунктом 2 статьи 32 Закона Российской Федерации от 19 апреля 1991 года № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации», обладает ли Застрахованное лицо информацией о (возможном) предстоящем прекращении с ним трудового договора.

6.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра / обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья, в т. ч. в учреждении по выбору и за счет Страховщика. При заключении Договора Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). Сообщение Страхователем обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, производится путем указания Страхователем сведений в договоре страхования и подписанием Страхователем Декларации Страхователя / Застрахованного (далее «Декларация»), которая является подтверждением Страхователем / Застрахованным сведений, изложенных в Декларации.

6.4. Форма предоставления указанных в п. 6.2 и 6.3 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 6.2 и 6.3 перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен указанных иные документы и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

6.5. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным. Если Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 6.2 и 6.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов. О необходимости предоставления недостающих сведений / документов Страховщик уведомляет Страхователя.

6.6. Подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика. Подписание Страховщиком документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

6.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактными данным

Сторон, содержащимся в следующих документах:

6.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе);

6.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 6.12 настоящих Правил страхования (при наличии);

6.7.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

6.8. Изменения в Договоре страхования:

6.8.1. При изменении контактных данных Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления с курьером или посредством почтовой связи; в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) сообщения посредством СМС-сообщений / сообщений по электронной почте на номер мобильного телефона / адрес электронной почты, которые указаны Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

6.8.2. Изменения условий страхования, касающиеся изменения страховой суммы, страховой премии, и других параметров, осуществляются с согласования Страховщика.

6.9. Изменения в Договоре страхования вносятся в форме и в порядке, предусмотренными настоящими Правилами страхования / Договором страхования (для случаев, когда предусмотрены), законодательством Российской Федерации. Договором страхования может быть установлен обязательный для Страхователя срок предварительного обращения к Страховщику по вопросу внесения изменений в Договор страхования и/или иные положения, уточняющие порядок внесения изменений (например, условие о том, что внесение изменений возможно только в годовщину действия Договора страхования).

6.10. Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) внесения изменений в Договор страхования (если установлены), а также оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий Договора страхования.

6.11. В период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и/или документов согласно п. 6.2, 6.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 6.4 Правил. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком. К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятиях спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.); сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий.

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

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

6.13. В случае утери Страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный Страховой полис считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем, и выплаты по нему не производятся.

6.14. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в том числе, обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты) и связанных с ними документов / сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в том числе, случаи и порядок создания и направления указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства / с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7. Порядок прекращения Договора страхования.

7.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

7.1.1. При выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами страхования и/или договором страхования и/или законодательством Российской Федерации).

7.1.2. При одностороннем отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение периода охлаждения. При этом дата прекращения Договора страхования определяется в соответствии с п. 7.6 настоящих Правил.

7.1.3. При одностороннем отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования после истечения периода охлаждения. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком как следующий день за днем получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.4 Правил страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.

7.1.4. При одностороннем отказе Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком как следующий день за днем получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.4 Правил страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.

7.1.5. В случаях и в соответствии с условиями, предусмотренными п. 4.7 Правил страхования.

7.1.6. В случае расторжения Договора страхования согласно п. 6.11 настоящих Правил

страхования.

7.1.7. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе в случае смерти Застрахованного лица, не являющейся страховым случаем.

7.1.8. По соглашению Сторон.

7.1.9. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. При одностороннем отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.4 Правил, в течение 7 (семи) рабочих дней (если меньший срок для возврата не установлен действующим законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя с приложением документов, указанных в п. 7.4 Правил. При этом, если оплата производилась в рублях:

7.2.1. Возврат денежных средств производится в рублях РФ;

7.2.2. Если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях РФ.

7.3. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п. 7.1.8 настоящих Правил страхования (если Стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.4. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

7.4.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

7.4.2. Для физических лиц и индивидуальных предпринимателей - документ, удостоверяющий личность (в т. ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства);

7.4.3. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (для представителей и для юридических лиц).

7.4.4. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному пп. 7.1.7 настоящих Правил, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.4.5. Платежные документы, которые должны находиться в распоряжении Страхователя.

7.5. Прекращение срока действия Договора страхования не прекращает возникшие в течение срока действия Договора страхования обязательства Сторон.

7.6. Страхователь, являющийся физическим лицом, вправе отказаться от Договора страхования в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, путем предоставления Страховщику письменного заявления об отказе от Договора страхования. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченные денежные средства подлежат возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченных денежных средств Страхователю вправе удержать их часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления

Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон (если установлена), но не позднее срока, определенного нормативным актом Российской Федерации (если определен). Страховщик осуществляет возврат Страхователю денежных средств по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, содержащего всю необходимую для расторжения Договора страхования и возврата денежных средств информацию, и документов, идентифицирующих заявителя и подтверждающих право на получение денежных средств (из числа указанных п. 7.4 настоящих Правил, - в зависимости от того, какие документы применимы). При возврате денежных средств в полном объеме, если оплата производилась в рублях, возврат денежных средств производится в рублях РФ, а если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях РФ.

7.7. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, договором страхования могут быть предусмотрены положения, касающиеся прекращения договора страхования, дополнительные или отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

8. Порядок исполнения Договора страхования.

8.1. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований, предусмотренных в п. 9.2 Правил страхования, Страховщик или Сервисная компания (в случае, ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС) в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в том числе, Программами №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо)), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу. При этом:

8.1.1. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо), указанной в Договоре страхования, непосредственно медицинским и иным организациям в соответствии с заключенными с ними договорами (в т.ч. в сроки и в порядке, которые установлены указанными договорами), при предоставлении такими организациями документов: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

8.1.2. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) медицинских и иных услуг в объеме и сроки, предусмотренные Договором страхования (в т.ч. в Программах №№ 1 – 4, указанных в договоре страхования). При этом, выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком и/или привлеченной сервисной компанией.

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

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

8.1.5. Медицинские услуги и/или иные услуги, указанные в Договоре страхования и/или в

программе ДМС, организуются:

8.1.5.1. до окончания срока страхования, установленного в Договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения);

8.1.5.2. до даты их фактического оказания, но не более 4 месяцев с даты окончания действия срока страхования, когда в течение срока страхования Страховщик признал событие страховым случаем и принял решение об оплате определенных медицинских и иных услуг, но на дату окончания срока страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были, если Договором страхования или Программами №№ 1 – 4 не предусмотрено иное;

8.2. Перечень документов и / или сведений, необходимых для рассмотрения произошедшего события, принятия по нему решения и / или организации предоставления

Застрахованному лицу медицинских и / или иных услуг, указывается в Правилах страхования, в том числе в Программах №№ 1 – 4.

8.3. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливая факты, выясняя причины и обстоятельства произошедшего события (в т. ч. основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанных в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде составленного Страховщиком документа (в т. ч. в качестве его составной части), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в разделе 10 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования, или стоимостью самих услуг, и не может превышать страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, а также лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), предусмотренных настоящими Правилами страхования и/или Договором страхования (в том числе приложениями к Договору страхования).

8.5. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС, указанной в Договоре страхования, непосредственно сервисным компаниям и медицинским организациям, организовывающим и оказывающим такие услуги.

8.6. Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.

8.7. Обязательства Страховщика по страховому(-ым) риску(-ам), из числа указанных в п. 3.1 Правил страхования, считаются исполненными в полном объеме после осуществления страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим по соответствующему риску (страховым рискам, для которых установлена общая (единая) страховая сумма), в размере страховой суммы, установленной при заключении Договора страхования по соответствующему страховому риску (страховым рискам, для которых установлена общая (единая) страховая сумма), кроме случаев когда Стороны при заключении Договора страхования установили, что страховая сумма по совету(-им) страховому(-ым) риску(-ам) не является агрегатной.

9. Основания отказа в страховой выплате.

9.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

9.1.1. Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.

9.1.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

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

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

9.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

9.2.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, то есть, не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования, Программах №№ 1 – 4, Договоре страхования).

9.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в том числе, досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).

9.2.3. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

9.2.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе, в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и / или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.

9.2.5. При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программах №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо).

9.2.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в том числе, если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

10. Документы и сведения, необходимые для рассмотрения события, имеющего признаки страхового случая.

10.1. По страховым рискам, указанным в п. 3.1 Заявитель должен в кратчайшие сроки обратиться в Страховую компанию или (если предусмотрено Программами №№ 1 – 4) в Сервисную компанию с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, как это определено в Программах №№ 1 – 4, с последующим предоставлением документов, которые запросит Страховщик/Сервисная компания.

Страховщик/Сервисная компания вправе запросить оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов:

10.1.1. Страховой полис (Договор страхования);

10.1.2. Заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена), подписанное надлежащим образом;

10.1.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя и получателя выплаты (если отличается от Заявителя);

10.1.4. Если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, документ, подтверждающий изменение персональных данных, идентифицирующих личность, такой как: паспорт, свидетельство о заключении брака, о смене фамилии);

10.1.5. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);

10.1.6. Документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением

Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативных правовых актов в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

10.1.7. Согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных (включая, все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон)), в целях надлежащего исполнения Договора страхования, организации оказания услуг в отношении Страховщика, Сервисной компании, их уполномоченных представителей, а также третьих лиц, оказывающих услуги в связи с диагностированным заболеванием Застрахованного лица.

10.1.8. Согласие Застрахованного лица в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять Сервисной компании по Договору страхования любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.), как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая.

10.1.9. Копия полиса Обязательного медицинского страхования.

10.1.10. Копия СНИЛС.

10.1.11. Медицинский документ (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного, выписной эпикриз), заверенный печатью выдавшего учреждения и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в рамках настоящих Правил страхования, сроков лечения, результатов обследования и другой сопутствующей информации.

10.1.12. Результаты и заключения инструментальных, лабораторных методов диагностики / исследований, в том числе: гистологических или цитологических (в случае системных онкологических заболеваний); радиологических визуализирующих исследований; данные магнитно-резонансной томографии, результаты коронарной ангиографии.

10.1.13. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет.

10.1.14. Медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства о наличии и дате (датах) обращений либо об отсутствии обращений, а также Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом (форма 090/У).

10.1.15. Заключение врача – специалиста в предметной области с указанием полного клинического диагноза, показаний к лечению, подтверждающее необходимость назначенного лечения, а также выбранный план лечения.

10.2. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 10.1 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в том числе в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

10.3. Указанный в п. 10.1 настоящих Правил страхования перечень документов и сведений является исчерпывающим.

11. Права и обязанности Сторон.

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (включая приложения).

11.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица,

Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.1.3. При признании события страховым случаем и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате оказать услугу в порядке, установленном разделом 8 настоящих Правил страхования и Программами №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что применимо) или Договором страхования.

11.2. Страховщик имеет право:

11.2.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

11.2.2. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

11.2.3. Запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем.

11.2.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (п. 6.11 Правил страхования), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в п. 6.11 Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

11.2.5. Осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

11.3. Страхователь обязан:

11.3.1. Уплачивать страховую премию в порядке, размере и в сроки, определенные договором страхования.

11.3.2. При заключении договора страхования предоставить сведения и/или документы, необходимые для заключения договора страхования и/или оценки страхового риска (в т. ч. медицинского характера).

11.3.3. Незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений, предоставленных Страховщику при заключении договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

11.3.4. Уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п. 6.11 настоящих Правил страхования. Указанное в настоящем подпункте уведомление (с приложениями (если предусмотрены)) подлежит направлению в письменной форме в срок не позднее 2 (Двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом, Стороны могут согласовать иные сроки представления уведомления (приложений к нему);

11.3.5. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по договору страхования, а также с условиями организации оказания медицинских и иных услуг.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки.

11.4.2. Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.4.3. Получить дубликат Страхового полиса в случаях и в порядке, установленных п. 6.13 Правил страхования.

11.4.4. Досрочно расторгнуть договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика.

11.4.5. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

11.4.6. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования (в том числе, Программами №№ 1 – 4 (в зависимости от того, что

применимо)).

11.4.7. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

11.5. **Застрахованное лицо обязано** по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховым рискам, указанным в пункте 3.1 настоящих Правил страхования:

11.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией, в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования;

11.5.2. Обратиться к Страховщику или в сервисную компанию (в случае, если такая компания указана в договоре страхования (в том числе, в Программах №№ 1 – 4) в порядке, указанном в настоящих Правилах страхования и/или в договоре страхования (в том числе, в Программах №№ 1 – 4) в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

11.5.3. Не передавать договор страхования, пропуск в медицинские организации (если оформлялись) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

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

11.7. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

12. Порядок разрешения споров.

Все споры, возникающие между Сторонами по договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13. Персональные данные. Тайна страхования.

13.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).

13.2. При обработке персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), являющегося физическим лицом (далее – персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

13.2.1. Для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования.

13.2.2. Для целей перестрахования Страховщиком рисков, принятых по договору страхования, и заключения, исполнения, изменения, прекращения соответствующего(-их) Договора (-ов) перестрахования.

13.2.3. Для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей.

13.2.4. Для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика (в т. ч. оценки страхового риска).

13.2.5. Для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает свое ознакомление с заявленными целями обработки персональных данных.

При обработке персональных данных Страховщик обязан соблюдать безопасность и конфиденциальность обрабатываемых персональных данных, а также выполнять иные требования, предусмотренные законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Страховщик обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения выполнения указанных обязанностей. При этом Страховщик самостоятельно определяет состав и перечень мер, необходимых и достаточных для обеспечения выполнения обязанностей. В частности, Страховщик при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

**Программа Добровольного медицинского страхования «Онлайн консультации
(Телемедицина. Все включено)».**

1. Общие положения.

1.1. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Онлайн консультации (Телемедицина. Все включено)» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования), заключенным в отношении Застрахованного лица, в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Онлайн консультации (Телемедицина. Все включено)», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. Второе медицинское мнение – консультация Застрахованного лица, имеющего первое медицинское мнение, проводимая врачом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, представленной Застрахованным лицом, содержащейся в медицинских документах (в частности, в истории болезни и/или иных медицинских документах, содержащих первое медицинское мнение), без непосредственного общения с Застрахованным лицом.

1.3.2. Выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни - медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях, диагнозе Застрахованного лица, о назначенном и проведенном ему лечении.

1.3.3. Медицинская информация – информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболеваний (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах, представленных Застрахованным лицом (в том числе, выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении) в целях предоставления второго медицинского мнения.

1.3.4. Первичное медицинское заключение (первое медицинское мнение) - первичное заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза, выданное лечащим врачом или другими врачами, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении Застрахованного лица, на основании записей в медицинской документации либо по результатам медицинского обследования.

1.3.5. Дистанционная медицинская консультация – услуга, осуществляемая с использованием информационных технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинских работников с Застрахованным лицом.

2. Объем услуг.

2.1. В рамках Программы Застрахованному предоставляются Дистанционные медицинские консультации проводятся врачами, являющимися работниками медицинской(их) организации(й), осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (также по тексту Программы – Медицинские(-ая) организации(-ия)).

Перечень Медицинских организаций для оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, определяется Страховщиком или сервисной компанией (если привлечена Страховщиком), и в течение действия Договора страхования может меняться.

Застрахованному лицу предоставляются дистанционные медицинские консультации по медицинским вопросам, непосредственно связанным со здоровьем Застрахованного лица.

Области медицины: терапия, педиатрия, кардиология, гинекология, урология, эндокринология, гастроэнтерология, неврология, хирургия и другие.

2.2. Дистанционные медицинские консультации¹ включают в себя:

2.2.1. Дистанционные медицинские консультации в режиме реального времени (т.е. при непосредственном общении с Застрахованным лицом дистанционно с помощью технических средств связи) дежурного врача общей практики. Режим предоставления консультаций – 24 часа в сутки ежедневно. Во время проведения дистанционной медицинской консультации врач информирует о специалистах, к которым следует обратиться Застрахованному лицу для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

2.2.2. При этом наличие первичного медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным условием для получения второго медицинского мнения.

Второе медицинское мнение предоставляется врачом, назначенным по выбору Страховщика (сервисной компании, если привлечена Страховщиком), по итогам дистанционного рассмотрения и оценки первого медицинского мнения и иной медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленной Застрахованным лицом в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, без непосредственного общения с Застрахованным лицом и без физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом.

Второе медицинское мнение содержит рекомендации и/или комментарии врача, касающиеся состояния здоровья Застрахованного лица, о котором составлено первое медицинское мнение, установленного в первом медицинском мнении диагноза Застрахованному лицу, комментарии и/или рекомендации в отношении выбранных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача, в том числе по плану лечения.

2.2.3. Предоставление медицинского заключения (письменных рекомендаций) по результатам дистанционной медицинской консультации в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

2.3. Программой страхования могут быть предусмотрены дистанционные медицинские консультации медицинскими специалистами узкой специализации, например, при определенном заболевании. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные услуги и их объем.

¹ Дистанционные медицинские консультации не являются основанием для выдачи официальных медицинских документов (лист нетрудоспособности, направление на госпитализацию и пр.), по их итогам не устанавливают диагноз, не назначают и не корректируют ранее назначенное лечение.

3. Порядок оказания услуг.

3.1. Услуги, указанные выше в Разделе 2, предоставляются дистанционно (осуществляются без очного приема Застрахованного лица врачом) с использованием технических средств связи в порядке, предусмотренном настоящей Программой, а также информационными материалами и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальном на момент обращения.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, если иное не указано в Программе ДМС к Договору страхования.

3.3. Для получения услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, Застрахованному лицу необходимо предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше в п.3.1 (если предусмотрены).

3.4. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.2.2 Программы, Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации в личном кабинете в онлайн-ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе) о том, какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) необходимо представить для получения второго медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховщика (сервисной компании) имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте) для уточнения предоставленной информации и/или получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для получения второго медицинского мнения.

3.5. Если иное не указано Договором страхования, включая Приложения к нему, услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:

3.5.1. Оказание услуги, предусмотренной п. 2.2.1 настоящей Программы, должно начинаться в срок не позднее 15 минут с момента обращения Застрахованного лица. При этом длительность дистанционной медицинской консультации, предусмотренной п. 2.2.1 Программы, составляет не более 15 минут (если иная ее продолжительность не обусловлена характером обращения Застрахованного лица, решение о продолжительности в таком случае принимается врачом, оказывающим дистанционную медицинскую консультацию или иное не предусмотрено Программой страхования Договора страхования).

Медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам дистанционной медицинской консультации (п. 2.2.3 Программы), предусмотренной п.п. 2.2.1 настоящей Программы, направляется в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, не позднее 72 часов с момента оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п.п.2.2.1 Программы.

3.5.2. Услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей Программы, должны быть оказаны в срок не позднее 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.4 настоящей Программы, кроме случаев, указанных в п. 3.5.3 настоящей Программы;

3.5.3. Услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей Программы, могут быть оказаны в срок до 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.4 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго медицинского мнения;

3.5.4. Медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам дистанционной медицинской консультации (п. 2.2.3 Программы), предусмотренной п. 2.2.2 настоящей Программы, направляется в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, в течение сроков оказания

Застрахованному лицу медицинских услуг, указанных в п.п. 3.5.2, 3.5.3 Программы.

3.6. Договором страхования, включая приложения к нему (Программой страхования), могут быть предусмотрены следующие ограничения:

3.6.1. Возрастные ограничения.

3.6.2. Период действия программы.

3.6.3. Иные ограничения.

4. Исключения из страхования.

По настоящей Программе не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. Обращение за оказанием услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.3. Обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за оказанием услуг.

4.4. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг по вопросам не медицинского характера.

4.5. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

4.5.1. С любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

4.5.2. С любыми видами фобий;

4.5.3. С бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

4.5.4. Расстройствами сексуального характера.

4.6. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:

4.6.1. Синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.6.2. Туберкулезом;

4.6.3. Заболеваниями, передающимися половым путем;

4.6.4. Психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

4.7. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные исключения.

5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства).

По настоящей Программе предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства):

5.1. Страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении настоящей Программы;

5.2. После того, как стоимость всех организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску в отношении настоящей Программы, Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

5.3. Максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными разделом 2 Программы, – безлимитное в течение каждого года срока страхования (если иное не предусмотрено Договором страхования, включая приложения к нему), установленного в

отношении Застрахованного лица по страховому риску «Обращение по Программе ДМС», начиная с даты начала (включительно) такого срока страхования, и до достижения лимита страхового обязательства.

5.4. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные лимиты ответственности к каждой услуге.

Программа Добровольного медицинского страхования «Реабилитация».

1. Общие положения.

1.1. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитация» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования), заключенным в отношении Застрахованного лица, в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Реабилитация», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг) или всего мира, если это предусмотрено Договором страхования и Программой ДМС.

1.4. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.4.1. Реабилитация — это комплекс мероприятий, направленный на максимально возможное восстановление утраченных способностей пациента после различных заболеваний и/или несчастных случаев.

2. Объем услуг.

2.1. Информационно-консультационные услуги:

2.1.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

2.1.2. Дистанционные онлайн-консультации врача предоставляются в режиме 24/7/365(366), без ограничения по числу обращений в период действия договора страхования.

2.1.3. Дистанционные онлайн консультации с медицинским консультантом по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, в результате перенесенного заболевания или травмы, в ходе которых Застрахованному лицу предоставляется информация:

2.1.3.1. о правильном поведении в рамках данного состояния или заболевания;

2.1.3.2. о возможных исходах данного состояния, заболевания;

2.1.3.3. о своевременном необходимом обследовании и обращении к медпомощи;

2.1.3.4. о необходимости проведения лабораторных и инструментальных обследований;

2.1.3.5. о подготовке к тестированию и видах проводимых исследований;

2.1.3.6. о возможных методах лечения и реабилитации;

2.1.3.7. о профилактических мероприятиях.

2.2. Реабилитация после перенесенного заболевания, перенесенной травмы:

2.2.1. Реабилитационное лечение предоставляется в амбулаторном и/или стационарном режиме не позднее 6 недель с момента выписки/завершения лечения, в результате перенесенного заболевания или травмы

2.2.2. Курс реабилитации включает в себя:

- очную консультацию врача-терапевта/пульмонолога/кардиолога в медицинской организации по направлению Страховщика.

2.2.3. Необходимые обследования и процедуры в медицинских организациях по назначению врача по результатам очной консультации.

2.2.4. Курс реабилитации в условиях стационара по назначению врача по результатам очной консультации/консилиума и по направлению Страховщика, включает в себя:

- пребывание в 1-5 местной палате стационара;
- лечебное питание;
- необходимую инструментальную и лабораторную диагностику по назначению лечащего врача, исходя из состояния Застрахованного лица;
- консультации врачей-специалистов;
- лечебные мероприятия и процедуры по назначению лечащего врача, исходя из состояния Застрахованного лица.
- транспортные расходы до места реабилитации и обратно (в случае необходимости) – билеты, трансфер, проживание – в пределах лимитов, указанных в Программе ДМС к Договору.

2.3. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные услуги и их объем.

3. Порядок оказания услуг.

3.1. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться в онлайн ресурсе (Личный кабинет), с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе. Порядок регистрации в Личном кабинете указан в информационных материалах и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальном на момент обращения.

3.2. Порядок оказания услуг Застрахованному лицу зависит от сервисной компании, которую Страховщик привлекает в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг. Порядок обращения и предоставления услуг описаны в Программе ДМС к каждому договору страхования.

3.3. Для получения услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, Застрахованному лицу необходимо предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше (если предусмотрены).

3.4. Если иное не указано Договором страхования, включая Приложения к нему, услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:

3.4.1. Оказание услуги, предусмотренной п. 2.1 настоящей Программы, должно начаться в срок не позднее 15 минут с момента обращения Застрахованного лица. При этом длительность дистанционной медицинской консультации, предусмотренной Программой, составляет не более 15 минут (если иная ее продолжительность не обусловлена характером обращения Застрахованного лица, решение о продолжительности в таком случае принимается врачом, оказывающим дистанционную медицинскую консультацию или иное не предусмотрено Программой страхования Договора страхования).

3.4.2. Услуги, предусмотренные п. 2.2 и п.2.3 настоящей Программы, могут быть оказаны в срок до 30 рабочих дней если иной срок не указан в договоре страхования и приложениях к нему.

3.5. Договором страхования, включая приложения к нему (Программа страхования),

могут быть предусмотрены следующие ограничения:

3.5.1. Возрастные ограничения.

3.5.2. Период действия программы.

3.5.3. Иные ограничения.

4. Исключения из программы.

По настоящей Программе не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. Обращение за оказанием услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.3. Обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за оказанием услуг.

4.4. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг по вопросам не медицинского характера.

4.5. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

4.5.1. С любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

4.5.2. С любыми видами фобий;

4.5.3. С бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

4.5.4. Расстройствами сексуального характера.

4.6. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:

4.6.1. Синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.6.2. Туберкулезом;

4.6.3. Заболеваниями, передающимися половым путем;

4.6.4. Психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

4.7. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные исключения.

5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства).

По настоящей Программе предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства):

5.1. Страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении настоящей Программы;

5.2. После того, как стоимость всех организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску в отношении настоящей Программы, Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

5.3. Максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными разделом 2 Программы, – безлимитное в течение каждого года срока страхования (если иное не предусмотрено Договором страхования, включая приложения к нему), установленного в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Обращение по Программе ДМС»,

начиная с даты начала (включительно) такого срока страхования, и до достижения лимита страхового обязательства.

5.4. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные лимиты ответственности.

Программа Добровольного медицинского страхования «Комплексная».

1. Общие положения.

1.1. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Комплексная» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования), заключенным в отношении Застрахованного лица, в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования (или иного срока указанного Договором страхования и/или Программой страхования к Договору) за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Комплексная», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг) или всего мира, если это предусмотрено Договором страхования и Программой ДМС.

2. Объем услуг.

Перечисленный ниже объем услуг может быть изменен (уменьшен или увеличен) Договором страхования, включая приложения к нему (Программа ДМС):

2.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

2.1.1. Первичная (доврачебная) медицинская помощь;

2.1.2. Лечебно-диагностические приемы врачей в удобное для пациента время: терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, эндокринолога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, гастроэнтеролога, кардиолога, физиотерапевта, врача - ЛФК ревматолога, проктолога, невролога и других специалистов; выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов;

2.1.3. Диагностические исследования: лабораторная диагностика, лучевая диагностика, функциональная диагностика, эндоскопическая диагностика, патологоанатомическая диагностика, другие виды диагностики в соответствии с лицензией медицинского учреждения;

2.1.4. Методы традиционной медицины: медицинский массаж, мануальная терапия и т.д. в соответствии с лицензией медицинского учреждения;

2.1.5. Лечебные процедуры: физиотерапия, инъекции и т.д.;

2.1.6. Медицинская помощь на дому клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение;

2.1.7. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств;

- 2.1.8. Оплата стоимости медикаментов, предписанных врачами.
- 2.2. Лечение в условиях стационара.
- 2.3. Застрахованному по программе стационарного обслуживания гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг в палатах повышенной комфортности при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:
 - 2.3.1. Стоимость пребывания в медицинском учреждении;
 - 2.3.2. Стоимость медицинского обслуживания (диагностических, лечебных процедур, в том числе реабилитационно-восстановительного лечения);
 - 2.3.3. Стоимость услуг, связанных с оказанием скорой и неотложной медицинской помощи;
 - 2.3.4. Стоимость вспомогательных медицинских услуг;
 - 2.3.5. Стоимость транспортировки в санитарном автомобиле;
 - 2.3.6. Оказание медицинской помощи на дому (стационар на дому);
 - 2.3.7. Проведение медицинской экспертизы;
 - 2.3.8. Расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;
 - 2.3.9. Индивидуальный пост;
 - 2.3.10. Другие услуги по медицинским показаниям.
- 2.4. Стоматологическая помощь:
 - 2.4.1. Профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
 - 2.4.2. Лечение заболеваний полости рта;
 - 2.4.3. Анестезия, рентгенография, визиография, другие обследования,
 - 2.4.4. Терапевтическое лечение кариеса, пульпита периодонтита, наложение пломб с применением композитных и светоотверждаемых материалов;
 - 2.4.5. Снятие зубных отложений;
 - 2.4.6. Покрытие зубов лаком;
 - 2.4.7. Хирургическое лечение;
 - 2.4.8. Другие необходимые обследования и манипуляции.
- 2.5. Медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях.
- 2.6. Программой страхования могут быть предусмотрены дистанционные медицинские услуги.

3. Порядок оказания услуг.

3.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, включая приложение к нему, для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику способом, который указан в информационных материалах и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальном на момент обращения.

3.2. Порядок оказания услуг Застрахованному лицу зависит от сервисной компании, которую Страховщик привлекает в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг. Порядок обращения и предоставления услуг описаны в Программе ДМС к каждому конкретному договору страхования.

3.3. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше (если предусмотрены).

3.4. Если иное не указано Договором страхования, включая Приложения к нему, услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:

3.5. В срок до 30 рабочих дней если иной срок не указан в Договоре страхования и приложениях к нему.

3.6. Договором страхования, включая приложения к нему (Программа страхования), могут быть предусмотрены следующие ограничения:

3.6.1. Возрастные ограничения.

3.6.2 Период действия программы.

3.6.3. Иные ограничения.

4. Исключения из страхования.

По настоящей Программе не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. Обращение за оказанием услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.3. Обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за оказанием услуг.

4.4. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг по вопросам не медицинского характера.

4.5. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

4.5.1. С любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

4.5.2. С любыми видами фобий;

4.5.3. С бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

4.5.4. Расстройствами сексуального характера.

4.6. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:

4.6.1. Синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.6.2. Туберкулезом;

4.6.3. Заболеваниями, передающимися половым путем;

4.6.4. Психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

4.7. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные исключения.

5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства).

По настоящей Программе предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства):

5.1. Страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении настоящей Программы;

5.2. После того, как стоимость всех организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску в отношении настоящей Программы, Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

5.3. Максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными разделом 2 Программы, – безлимитное в течение каждого года срока страхования (если иное не предусмотрено Договором страхования, включая приложения к нему), установленного в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Обращение по Программе ДМС», начиная с даты начала (включительно) такого срока страхования, и до достижения лимита страхового обязательства.

5.4. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные лимиты ответственности к каждой услуге.

Программа Добровольного медицинского страхования «Чек-ап 2.0».

1. Общие положения.

1.1. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Чек-ап 2.0» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования), заключенным в отношении Застрахованного лица, в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап 2.0», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг) или всего мира, если это предусмотрено Договором страхования и Программой ДМС.

1.4. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.4.1. Чек-ап – это комплексное медицинское обследование организма.

2. Объем услуг.

2.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и приложениями к нему, объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят услуги:

2.1.1. Осмотр и заключение терапевта/педиатра и врачей узких направлений;

2.1.2. Лабораторная диагностика;

2.1.3. Инструментальная диагностика

2.2. Программа может включать дистанционные консультации терапевта/педиатра и врачей узкой специальности. Перечисленный выше объем услуг может быть изменен (уменьшен или увеличен) Договором страхования, включая приложения к нему (Программа ДМС).

2.3. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные услуги и их объем.

3. Порядок оказания услуг.

3.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, включая приложение к нему, для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику способом, который указан в информационных материалах и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальном на момент обращения.

3.2. Порядок оказания услуг Застрахованному лицу зависит от сервисной компании, которую Страховщик привлекает в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг. Порядок обращения и предоставления услуг описаны в Программе ДМС к каждому конкретному договору страхования.

3.3. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше (если предусмотрены).

3.4. Если иное не указано Договором страхования, включая Приложения к нему, услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки: в срок до 30 рабочих дней если иной срок не указан в договоре страхования и приложениях к нему.

3.5. Договором страхования, включая приложения к нему (Программа страхования), могут быть предусмотрены следующие ограничения:

3.5.1. Возрастные ограничения.

3.5.2. Период действия программы.

3.5.3. Иные ограничения.

4. Исключения из страхования.

По настоящей Программе не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. Обращение за оказанием услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.3. Обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за оказанием услуг.

4.4. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг по вопросам не медицинского характера.

4.5. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

4.5.1. С любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

4.5.2. С любыми видами фобий;

4.5.3. С бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

4.5.4. Расстройствами сексуального характера.

4.6. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:

4.6.1. Синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.6.2. Туберкулезом;

4.6.3. Заболеваниями, передающимися половым путем;

4.6.4. Психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

4.7. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные исключения.

5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства).

По настоящей Программе предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства):

5.1. Страховые выплаты не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении настоящей Программы;

5.2. После того, как стоимость всех организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, установленный Договором страхования по страховому риску в отношении настоящей Программы, Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

5.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, включая приложение к нему, максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными разделом 2 Программы, – один раз в течение каждого года срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Обращение по Программе ДМС», начиная с даты начала (включительно) такого срока страхования, и до достижения лимита страхового обязательства.

5.4. Договором страхования, включая приложения к нему, могут быть предусмотрены иные лимиты ответственности.