

УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
К ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ
«ДМС ПРИ ДТП» №2



1. Общие положения.

1.1. Настоящие Условия добровольного медицинского страхования к программе страхования «ДМС при ДТП» №2 (далее Условия страхования, Условия) разработаны на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СК «Согласие-Вита» (далее по тексту – «Страховщик») от 31.05.2021 г. №СВ-1-07-38, и определяют общие условия и порядок заключения и исполнения договоров добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры страхования»).

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

1.3. В настоящих Условиях страхования и договорах страхования, которые заключены на основании настоящих Условий, термины используются в значении, установленном настоящим разделом.

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

1.3.2. **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.

1.3.3. **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.

1.3.4. **Дополнительное Застрахованное лицо (ДЗЛ)** – физическое лицо, назначенное Страхователем в качестве дополнительного Застрахованного лица при заключении Договора страхования. Положения Условий, 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.

1.3.5. **Дорожно-транспортное происшествие (далее – ДТП)** – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором Застрахованным лицом получена травма.

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

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

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

1.3.7.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – «сервисные компании» или «асистанс-компании»). По программе страхования «ДМС при ДТП» данной организацией является Общество с ограниченной ответственностью «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА» (далее по тексту ООО «НМС»).

1.3.8. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты, установленный Условиями 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).

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

1.3.10. Под **Медицинскими услугами и иными услугами** в настоящих Условиях страхования (включая

приложения) понимаются:

1.3.10.1. **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.

1.3.10.2. **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 Условиях страхования, прилагаемых к договору страхования.

1.3.11. Под «**медицинскими организациями**» в настоящих Условиях 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**»).

1.3.12. **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 в порядке, установленном в разделе 7 настоящих Условий. По настоящим Условиям 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.

1.3.13. **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.

1.3.14. **Программа добровольного медицинского страхования (также может именоваться Программа ДМС)** – документ, 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 Условиями страхования и (или) договором страхования.

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

1.3.16. **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.

1.3.17. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

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

1.3.19. **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.

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

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

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

1.3.23. **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.

1.3.24. **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.

1.3.25. **Территория страхования** — территория, на которую распространяется действие Договора страхования. По настоящим Условиям территорией страхования определяется весь мир, если Договором страхования не предусмотрено иное.

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

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 Условий страхования – медицинское страхование).

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

2.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то по страховым рискам, указанным в п. 3.1.1. настоящих Условий страхования, Договор страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, НЕ относящихся к следующей категории:

- Лица, возраст которых составляет менее 1 (одного) года на дату начала срока действия Договора страхования, на дату окончания срока действия Договора страхования более 70 (семидесяти) полных лет;
- Имеет инвалидность I, II, III группы или лица, имеющее действующее направление на медико-социальную экспертизу, или категорию ребенок-инвалид;
- Состоит на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере,
- Имеет нарушения опорно-двигательной системы, ограничивающих движение, мышечной дистрофии;
- Находитесь под следствием и осуждено к лишению свободы.

Возраст Основного Застрахованного не может составлять менее 18 (восемнадцати) лет на дату начала срока действия Договора страхования, на дату окончания срока действия Договора страхования более 70 (семидесяти) полных лет

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 Условиям страхования.

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

2.5. Страхователь – дееспособное физическое лицо, 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 или одного 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 Условиями Договор страхования может быть заключен с ответственностью

по следующим страховым рискам (предполагаемым событиям, на случай наступления которых проводится страхование):

- Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа, Программа ДМС).

3.2. 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.

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

3.3.1. Дата обращения Застрахованного лица и/или иного лица в интересах Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую, сервисную или и/или иную, из числа предусмотренных за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой «ДМС при ДТП. Лайт», «ДМС при ДТП. Стандарт», «ДМС при ДТП. Премиум» или «ДМС при ДТП. Премиум плюс» (далее – «Программы страхования», «Программы») или согласованную Страховщиком для организации и оказания ему медицинских и/или иных услуг по риску п.п. 3.1.1.

3.4. Объем услуг для программ:

3.4.1. Информационно-консультационные услуги (для всех программ):

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

3.4.2. Дистанционные онлайн-консультации (для всех программ) с Медицинским консультантом (далее – Медконсультант) предоставляются в режиме 24/7/365(366), без ограничения по числу обращений в период действия договора страхования, в ходе которых Застрахованному лицу предоставляется информация:

- о наличии государственных и коммерческих медицинских организаций того или иного профиля в регионе/городе по запросу Застрахованного лица;
- о медицинской организации: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены на медицинские услуги;
- о медицинской организации, отвечающей требованиям Застрахованного лица;
- о медицинской организации в соответствии со спецификой заболевания;
- о медицинской организации для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части, связанной со страховым случаем;
- о порядке прохождения диспансеризации в рамках программы ОМС (объем обследований и периодичность в соответствии с годом рождения);
- о порядке плановой госпитализации в рамках программы ОМС по медицинским показаниям;
- о порядке получения санаторно-курортного обслуживания на льготной основе;
- о правильном питании в соответствии с имеющимся диагнозом;
- по базе лекарств и медикаментов – описание, противопоказания, полные инструкции;
- по выбору препарата в рамках одного действующего вещества, с учетом различных цен и производителей, по целесообразности замены выписанных врачом лекарств в случае, если какой-либо препарат снят с производства; если среди равнозначных лекарств существует значительная разница в ценах; если назначаемый препарат в данный момент отсутствует в аптеке города пребывания.

3.4.3. Услуги Медконсультанта по организации медицинской помощи по медицинским вопросам (медицинские услуги за счет средств Застрахованного) - без ограничений по числу обращений (для всех программ):

- подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;
- организация комплексного медицинского обследования в согласованной Медицинской организации;
- организация реабилитационно-восстановительного лечения;
- координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- сопровождение во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами

медицинского пульта.

3.4.4. Телемедицинские консультации по поводу травмы, полученной в результате ДТП, а также в процессе получения медицинской помощи вследствие ДТП:

- Срочные телемедицинские консультации с дежурным врачом-терапевтом /педиатром в режиме 24/7/365 (для всех программ);
- Первичные и повторные телемедицинские консультации профильных врачей специалистов по предварительной записи по расписанию врача, без ограничения количества, в режиме 24/7/365 (для программы «ДМС при ДТП. Премиум плюс»).

3.4.5. Скорая и неотложная медицинская помощь (СНМП) (для программ «ДМС при ДТП. Стандарт», «ДМС при ДТП. Премиум», «ДМС при ДТП. Премиум плюс»).

- Выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи к Застрахованному лицу в случае попадания в ДТП.

Услуга оказывается в пределах административных границ города, коммерческими организациями, если в регионе есть возможность оказания услуг скорой и неотложной медицинской помощи на коммерческой основе, в остальных случаях оказание скорой и неотложной медицинской помощи производится бригадой станции скорой медицинской помощи «03».

3.4.6. Экстренная госпитализация (для программ «ДМС при ДТП. Стандарт», «ДМС при ДТП. Премиум», «ДМС при ДТП. Премиум плюс»).

- Пребывание преимущественно в 2-3-х местной палате в стационаре;
- Пребывание в реанимационном отделении или палате интенсивной терапии;
- Пребывание родственника по уходу для ребенка от 1 до 14 лет;
- Консультация специалистов;
- Лабораторная и инструментальная диагностика;
- Медикаментозное лечение (по назначению врача);
- Анестезиологические пособия;
- Препараты для гемотрансуфий;
- Оперативные вмешательства;
- Реанимационные мероприятия;
- Услуги медицинского персонала;
- Проведение сложных реконструктивных операций (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, металлоконструкций и т.д.);
- Расходные материалы, перевязочные материалы).
- Для программ «ДМС при ДТП. Премиум», «ДМС при ДТП. Премиум плюс»: размещение в 1–2-местной палате (при наличии мест в данном стационаре), подбор лучших вариантов госпитализации, исходя из состояния Застрахованного.
- Для программ «ДМС при ДТП. Премиум», «ДМС при ДТП. Премиум плюс»: ЛФК, физиотерапия, мануальная терапия, массаж, по назначению лечащего врача стационара в рамках стационара.
- Для программ «ДМС при ДТП. Премиум», «ДМС при ДТП. Премиум плюс»: сопровождение в стационаре с момента госпитализации до выписки.

3.4.7. Амбулаторно-поликлиническая помощь (для программ «ДМС при ДТП. Премиум», «ДМС при ДТП. Премиум плюс»).

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в медицинских учреждениях по выбору ООО «НМС», по назначению лечащего стационарного врача, в период действия листка нетрудоспособности, оформленного по заболеванию, связанному с ДТП:

- ЛФК (до 10 сеансов - курс);
- Физиотерапия (курс);
- Мануальная терапия (до 10 сеансов - курс);
- Массаж (до 10 сеансов - курс);
- Первичные, повторные приемы врачей-специалистов: травматолога, хирурга, терапевта, физиотерапевта, офтальмолога, отоларинголога, невропатолога, гинеколога, уролога, кардиолога или психолога (1 приём по каждому страховому случаю) по направлению терапевта или травматолога в целях диагностики и/или лечения заболеваний, полученных в результате ДТП;
- Лабораторная диагностика;

- Медицинская документация: оформление рецептов на лекарства, за исключением льготных категорий; выдача листков нетрудоспособности и медицинский справоч по медицинским показаниям;
- Инструментальные методы исследования.

3.5. Экстренная госпитализация осуществляется в случае обращения Застрахованного по поводу травмы, полученной в результате ДТП.

3.6. Экстренная госпитализация Застрахованного осуществляется бригадой скорой медицинской помощи в медицинское учреждение по выбору ООО «НМС», которое при наличии мест и поставленного первичного диагноза способно оказать необходимую медицинскую помощь.

3.7. В исключительных случаях (по жизненным показаниям) экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного районную (городскую) больницу, способную оказать соответствующую медицинскую помощь, в том числе через оказание скорой медицинской помощи бригадой районной (городской) станции скорой медицинской помощи «03».

3.8. В случае экстренной госпитализации пациента в многоместную палату, в связи с отсутствием мест в палате, предусмотренной Договором страхования, ООО «НМС» в дальнейшем организует перевод (при наличии свободных мест в профильном отделении) Застрахованного в палату с количеством мест, предусмотренных соответствующей Программой страхования.

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 Условий 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, если иное не предусмотрено Договором 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.

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

исчисляться 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.

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 Условий страхования/оплатой страховой премии (первого страхового взноса). Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Условий 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.

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

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

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

6.2.6. 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).

6.2.7. 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), 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.

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 Условий 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 контактным данным Сторон, содержащимся в Договоре 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 Условиями добровольного медицинского 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 Условий страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 6.4 Условий. 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, 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 Условиями страхования и/или Договором страхования и/или законодательством Российской Федерации).

7.1.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования в течение периода охлаждения. При этом дата прекращения Договора страхования определяется в соответствии с п. 7.4 настоящих Условий.

7.1.3. При одностороннем отказе Страхователя 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 Условий страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.

7.1.4. В случае расторжения Договора страхования согласно п. 6.11 настоящих Условий страхования.

7.1.5. 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.

7.1.6. По соглашению Сторон.

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

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

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

7.2.2. Документ, удостоверяющий личность (в т. ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства);

7.2.3. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному пп. 7.1.5 настоящих Условий, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

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

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

7.4. Страхователь 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 отказа от договора страхования по истечении периода охлаждения уплаченная страховая премия Страхователю не возвращается, если законодательством Российской Федерации или Договором страхования не предусмотрено иное. 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. 7.2 настоящих Условий, - 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 по курсу, который действовал на дату заключения договора страхования.

8. Порядок исполнения Договора страхования.

8.1. Условия предоставления услуг:

8.1.1. Для получения услуг в рамках соответствующей Программы Застрахованный должен авторизоваться на сайте и/или в мобильном приложении онлайн-сервиса «Медздрав» в соответствии с процедурой, описанной в Памятке, которую получает Застрахованный, при заключении договора страхования.

8.1.2. После авторизации на сайте и/или в мобильном приложении «Медздрав» Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет».

8.1.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Ask.Medzdrav.ru», который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание услуг, связываться с Медконсультантом, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т. д.).

8.1.4. В случае необходимости получения экстренной и неотложной медицинской помощи – звонок на номер - 8(800)500-6111.

8.2. Порядок получения Информационно-консультационных услуг:

8.2.1. Для получения Информационно-консультационных услуг Застрахованный должен авторизоваться на сайте и/или в мобильном приложении онлайн-сервиса «Медздрав» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Застрахованный, при заключении договора возмездного оказания услуг.

8.2.2. После авторизации на сайте и/или в мобильном приложении «Медздрав» Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет».

8.2.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Ask.Medzdrav.ru», который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание услуг, связываться с медицинским консультантом, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т. д.).

8.2.4. Связь Застрахованного с медицинским консультантом при онлайн-консультации осуществляется следующим образом:

- Застрахованный нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом», выбирает удобный способ связи и происходит соединение с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения сервисных услуг Застрахованный связывается с медицинским консультантом по телефону 8(800)500-6111¹. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации².

8.3. Порядок получения услуги «Телемедицинские консультации»:

8.3.1. Застрахованному лицу необходимо авторизоваться на Платформе (сайте и/или в мобильном приложении онлайн-сервиса «Медздрав») и на главной странице выбрать удобный способ связи: аудиосвязь, видеосвязь или чат и нажать на соответствующий значок.

8.3.2. В процессе соединения с Медконсультантом Застрахованное лицо должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов.

8.3.3. После соединения Медконсультант уточнит причину обращения и, при определении необходимости срочной консультации с дежурным врачом, Медконсультант осуществит перевод Застрахованного лица на дежурного врача.

8.3.4. В процессе соединения с дежурным врачом, Застрахованное лицо должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов.

8.3.5. После соединения дежурный врач проконсультирует Застрахованное лицо по вопросам расстройства здоровья, связанного с ДТП.

8.3.6. В случае невозможности использования Платформы (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной консультации дежурного врача Застрахованное лицо связывается с Медконсультантом по телефону: 8 (800) 500-61-11.

8.4. Порядок получения услуги «Скорая и неотложная медицинская помощь» и «Экстренная госпитализация»:

8.4.1. При необходимости получения услуг экстренной госпитализации Застрахованный связывается с Медконсультантом по телефону 8 (800) 500-61-11.

8.4.2. Медконсультант организует вызов бригады СМП, подберет профильный по данному диагнозу стационар, который при наличии мест способен обеспечить необходимую медицинскую помощь, исходя из состояния Застрахованного лица.

8.4.3. Для программы «ДМС при ДТП. Премиум»: Курация / сопровождение в стационаре при экстренной госпитализации осуществляется с момента госпитализации до момента выписки из стационара. Медконсультант связывается с Застрахованным с целью контроля состояния и удовлетворенности Застрахованного лица.

8.5. Порядок получения услуги Амбулаторно-поликлиническая помощь:

8.5.1. Для получения амбулаторно-поликлинической помощи, Застрахованный связывается с Медконсультантом по телефону 8 (800) 500-61-11.

8.5.2. Застрахованный по запросу Медконсультанта, должен предоставить скан-копии направлений на консультации/выполнения исследований либо других медицинских процедур, выданных врачом медицинской организации, в которой Застрахованный проходил стационарное лечение после ДТП.

8.5.3. Медконсультант уточнит причину обращения и удобные для Застрахованного дату и время для записи на консультацию/выполнение исследования и договорится о способе информирования Застрахованного о дате и времени проведения консультации/выполнение исследования, либо других процедур согласно перечню и

¹ При этом способе связи Застрахованный может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «Медздрав».

² В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

объему указанных в п. 3.5.7 настоящих Условий.

8.5.4. Медконсультант осуществит запись Застрахованного в медицинскую организацию для получения услуги и проинформирует его выбранным способом связи.

8.6. Порядок получения телемедицинской консультации врача профильной специальности по предварительной записи:

8.6.1. Застрахованному лицу/Представителю необходимо авторизоваться на Платформе и на главной странице выбрать удобный способ связи: аудиосвязь, видеосвязь или чат, - и нажать на соответствующий значок;

8.6.2. В процессе соединения с Медконсультантом, Застрахованное лицо/Представитель должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;

8.6.3. После соединения Медконсультант уточнит причину обращения и, при определении необходимости консультации с врачом профильной специальности, Медконсультант уточнит удобные для Застрахованного лица/Представителя дату и время для записи и договорится о способе информирования Застрахованного лица/Представителя о дате и времени проведения консультации: в чате, аудио-/видеосвязь (при нахождении Застрахованного лица/Представителя на Платформе), звонком на номер мобильного телефона Застрахованного лица/Представителя;

8.6.4. После записи Медконсультант свяжется с Застрахованным лицом/Представителем согласованным способом и предоставит информацию о дате и времени проведения телемедицинской консультации;

8.6.5. За 10 (Десять) минут до назначенной консультации Застрахованному лицу/Представителю на мобильный телефон поступит напоминание в виде пуш-уведомления;

8.6.6. В назначенное для телемедицинской консультации время Застрахованному лицу/Представителю необходимо авторизоваться на Платформе и ожидать соединения с Медконсультантом (находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов);

8.6.7. После соединения Медконсультант осуществит перевод Застрахованного лица/Представителя на врача;

8.6.8. В процессе соединения с врачом, Застрахованное лицо/Представитель должно находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;

8.6.9. После соединения врач проконсультирует Застрахованное лицо/Представителя по вопросам здоровья;

8.6.10. По окончании телемедицинской консультации, Застрахованное лицо/Представитель будет перенаправлено к Медконсультанту для выяснения потребностей, возникших в результате телемедицинской консультации (в том числе для консультаций по медицинским организациям в соответствии со спецификой заболевания, по медицинским организациям для прохождения обследования и др.).

8.6.11. В случае невозможности связаться через Платформу (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной консультации врача Застрахованное лицо/Представитель связывается с Медконсультантом по телефону 8 (800) 500-61-11.

8.7. Технические требования к персональному компьютеру / мобильному телефону, необходимые для получения услуг по Программе страхования³:

Персональный компьютер:

- Подключенная к компьютеру видеочкамаера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи).
- К компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи).
- Операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X.
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии.
- Скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

Мобильный телефон:

- Модель мобильного телефона Apple Iphone 5 (с системой не ниже IOS 9) и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями.
- Мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше.
- Любой мобильный телефон, если Застрахованный будет обращаться для оказания услуг посредством аудиосвязи.

³ Перед телемедицинской консультацией рекомендуется проверить: компьютер с помощью раздела «Проверка связи»; в настройках мобильного телефона разрешения на доступ к камере и микрофону.

Застрахованное лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховщик не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом консультации, возникшую из-за оборудования Застрахованного лица и несвоевременной регистрации.

8.8. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований, предусмотренных в п. 9.2 Условий страхования, Страховщик привлекает Сервисную компанию и в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в том числе, Программами (в зависимости от того, что применимо)), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу. При этом:

8.8.1. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой (в зависимости от того, что применимо), указанной в Договоре страхования, непосредственно ООО «НМС» в соответствии с заключенным с ним договором.

8.8.2. 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). При этом, выбор медицинских и иных организаций для оказания услуг осуществляется Страховщиком и/или привлеченной сервисной компанией.

8.8.3. 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.

8.8.4. 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»).

8.8.5. Медицинские услуги и/или иные услуги, указанные в Договоре страхования и/или в программе ДМС, организуются:

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

8.8.5.2. 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 не предусмотрено иное;

8.9. 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 Условиях страхования.

8.10. Страховщик и сервисная компания вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливая факты, выяснять 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 / Сервисная компания вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в разделе 10 настоящих Условий страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т.ч. в иной форме по отношению к той, которая установлена настоящими Условиями страхования) взамен указанных.

8.11. 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 Условиями страхования и/или Договором страхования (в том числе приложениями к Договору страхования).

8.12. 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.

8.13. 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.

8.14. Обязательства Страховщика по страховому(-ым) риску(-ам), из числа указанных в п. 3.1 Условий 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 соответствующему(-им) страховому(-ым) риску(-ам) не является агрегатной.

9. Основания отказа в страховой выплате, исключения из страхового покрытия.

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 Условий страхования, Программах, 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 (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).

9.3. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и/или иных услуг, связанных со следующими заболеваниями/состояниями и их осложнениями:

9.3.1. Имеющимися у Застрахованного лица и не связанными с травмами, полученными при дорожно-транспортном происшествии.

9.3.2. Беременностью, за исключением случаев прерывания беременности по медицинским показаниям (при угрозе жизни), возникших в результате полученной травмы при дорожно-транспортном происшествии.

9.3.3. Получением травматического повреждения Застрахованным лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

9.3.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений; попыткой самоубийства.

9.3.5. Заболеваниями и состояниями, не предусмотренными Программами.

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 Сервисную компанию в соответствии с разделом 8 с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с последующим предоставлением документов, которые запросит Сервисная компания.

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

10.1.1. Страховой полис (Договор страхования);

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

10.1.3. 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);

10.1.4. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при

обращении представителя);

10.1.5. 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).

10.1.6. 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.

10.1.7. 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.

10.1.8. Копия полиса Обязательного медицинского страхования.

10.1.9. Копия СНИЛС.

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

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

10.1.12. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного (если применимо), содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет.

10.1.13. Заключение врача – специалиста в предметной области (если применимо) 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 Условий страхования перечень документов, а также принять иные документы (в том числе в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Условиями страхования) взамен указанных.

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

11. Права и обязанности Сторон.

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Условиями страхования.

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 Условий 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 Условиями.

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 Условий страхования), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в п. 6.11 Условий 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 Условий 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 Условиями 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 Условий 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 (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 Условий 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 порядке, указанном в настоящих Условиях страхования 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 Условий 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.