

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
РНКБ Страхование**

У Т В Е Р Ж Д Е Н Ы
Приказом № 57 от 18 октября 2021 г.
Генерального директора
ООО РНКБ Страхование
Даниловым М.В.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(ДМС)**

Москва, 2021 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.
5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
7. ФРАНШИЗА
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

ПРИЛОЖЕНИЯ

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

- Приложение №1 Амбулаторно-поликлиническое обслуживание.
- Приложение №2 Стационарная помощь
- Приложение №3 Стоматологическая помощь
- Приложение №4 Реабилитационно-восстановительное лечение
- Приложение №5 Скорая и неотложная медицинская помощь, медико-транспортные услуги и услуги по репатриации.
- Приложение №6 Комплексное дородовое наблюдение
- Приложение №7 Родовспоможение
- Приложение №8 Медикаментозное лечение
- Приложение №9 Вакцинация от гриппа
- Приложение №10 Профилактика и лечение заболеваний, передающихся иксодовым клещом
- Приложение №11 Базовые тарифные ставки по программам ДМС
- Приложение № 12 Перечень документов, получаемых от клиентов

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания РНКБ Страхование (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор страхования или договоры страхования).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду добровольное медицинское страхование и страхование финансовых рисков.

Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с оплатой организации и оказания ему медицинской и

лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства его здоровья или состояния физического лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их. Добровольное медицинское страхование (далее также - ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями договоров страхования.

Объектом страхования финансовых рисков является имущественный интерес, связанный с несением финансовых потерь или внеплановых расходов.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным, т.е. включать несколько застрахованных лиц в одном договоре страхования и индивидуальным, т.е. в отношении одного лица.

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

Страховой полис (сертификат, страховое свидетельство) - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования;

Период страхования (срок страхования) - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором страхования, и соответственно, наступление страхового случая в этом периоде времени влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате в соответствии с условиями Договора страхования;

Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования) – перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования. Программа может содержать объем, порядок и условия предоставления (оказания) медицинских и иных услуг, перечень медицинских, сервисных и иных организаций, в которых Застрахованное лицо, в соответствии с условиями Договора страхования, может получить медицинские и/или иные услуги, а также перечень исключений (в том числе индивидуальные исключения) и франшизы. Под исключениями понимаются виды медицинских и других услуг, не относящихся к страховому риску и не оплачиваемых Страховщиком. К исключениям могут быть отнесены совокупность услуг по лечению определённого вида заболевания/состояния Застрахованного лица.

Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования. Программа страхования или сочетание программ страхования могут иметь оригинальное название;

Место жительства - место, где Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает;

Медицинские учреждения – организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются (если применимо);

Аптечные учреждения - организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства страны, где они располагаются, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности (если применимо);

Ассистанские (сервисные) организации (компании) - организации, действующие по договору со Страховщиком, осуществляющие сервисную поддержку Программ страхования по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, а также оказывающие/организуящие услуги по репатриации;

Сервисный центр – контактный центр Страховщика или ассистантская компания, которая по договору со Страховщиком обеспечивает организацию услуг Застрахованным лицам;

Лекарственное обеспечение – лекарственные средства, включенные в Программу страхования, выписанные лечащим врачом медицинского учреждения (при необходимости включая их доставку) при амбулаторном лечении либо назначенные лечащим врачом стационарного медицинского учреждения, если стоимость лекарственных средств не входит в стоимость медицинской услуги (стоимость койко-дня), оказываемой при стационарном лечении Застрахованного лица;

Изделия медицинского назначения - протезно-ортопедические изделия, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, имплантаты и др. (включая, при необходимости, расходы на их доставку), включенные в Программу страхования и выписанные (назначенные) лечащим врачом медицинского учреждения при амбулаторном лечении либо выписанные (назначенные) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения;

Медицинская репатриация – медицинская транспортировка с территории Российской Федерации до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта;

Посмертная репатриация – транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая. Страхованием покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе расходы на приобретение гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата ее проведения, определяются Сервисным центром. По желанию родственников, возможна кремация тела Застрахованного с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания не покрываются.

Медико-транспортные услуги - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с Договором страхования и Программой страхования или услуги по транспортировке тела, посмертных останков.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в этом же лечебном учреждении (включая питание и иные сервисные услуги), сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание/нахождение при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи;

Франшиза - часть убытков, которая определена Договором страхования, и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). Условная/безусловная франшиза определяется обеими сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза (период ожидания) – период времени с момента вступления Договора страхования в силу, или другой период времени, при обращении в течение которого Застрахованных лиц за получением медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг), а также иных услуг, страховые выплаты не производятся.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы: по Программе, по виду услуг или их комбинации, по каждому страховому случаю, по отдельным заболеваниям, для отдельных Застрахованных (групп Застрахованных), иные виды франшизы и даны их понятия;

Сайт Страховщика - официальный сайт ООО РНКБ Страхование в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», принадлежащий страховой организации и содержащий информацию о ней, созданный в соответствии с пунктом 6 статьи 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015 1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы;

Личный кабинет - раздел официального сайта ООО РНКБ Страхование, доступ к которому осуществляется получателем услуги с использованием идентификации и аутентификации;

Территория страхования - территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

Определения, наименования и понятия, используемые в Правилах, в ряде случаев специально поясняются. Если значение какого-либо понятия или наименования не оговорено в Правилах и не может быть определено, исходя из законодательных и иных нормативных актов, то применяется его обычное лексическое значение.

1.3 При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик (страховая медицинская организация), Страхователь, Застрахованный и медицинское и иное учреждение.

2.2. Страховщиком по договору страхования является ООО РНКБ Страхование, зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензиями СЛ и СИ № 4380, выданными Банком России 18.10.2021г. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), страховые брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

2.3 Страхователем признаётся российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.4. Застрахованным, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в как в любом возрасте, так и имеющее инвалидность I-III групп или дети-инвалиды. Лицо, имеющее инвалидность, может быть принято на страхование с согласия Страховщика и с учетом состояния здоровья лица, принимаемого на страхование. Для расчета страхового тарифа, Страховщик оставляет за собой право потребовать от лица, имеющего инвалидность, заполнение анкеты о состоянии здоровья на текущую дату времени, предоставление медицинских сведений о состоянии здоровья и всех установленных диагнозах, прохождение медицинского осмотра по программе Страховщика.

2.5. Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения (если иное не оговорено в Договоре страхования):

2.5.1. ВИЧ-инфекция, СПИД;

2.5.2. особо опасные инфекционные болезни, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

2.5.3 наркологические заболевания.

2.6 Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующие заболевания:

2.6.1 психические расстройства и расстройства поведения;

2.6.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.6.3 туберкулез;

2.6.4 заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

2.6.5 системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

2.6.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечная или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

2.6.7 хронические гепатиты В, С, D, E, F, G;

2.7 Договор страхования в части страхования финансовых рисков заключается в пользу Страхователя (Застрахованного лица).

2.8. При страховании лиц, указанных в п.2.5. Правил не являются страховым случаем обращение застрахованного лица в медицинское или иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с ними осложнениями.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами добровольного медицинского страхования, являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

3.2. В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния могут указываться в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) в актуальной, на момент заключения договора, версии, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

3.3. Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц в связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного или его трупа, возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1 Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

4.2 Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское и иное учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

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

4.3.1. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению) и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3.2. В случае если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3.3. В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

4.3.4. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой. Программы, могут включаться в План страхования (далее – План).

4.4. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в объеме (Приложения № 1–10 к Правилам), содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая.

4.4.1. При страховании дополнительных рисков непредвиденных расходов, Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного в объеме, определенном договором страхования.

4.5. Программы, предусматривающие оказание **амбулаторно-поликлинической** медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи:

- a) лечебно-диагностическую, реабилитационную - восстановительную, протезно - ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи;
 - b) оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения);
 - c) оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному выписанных лечащим врачом лекарственных средств;
 - d) оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу;
 - e) диспансерное наблюдение Застрахованных; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.
- a) Программы, предусматривающие оказание **стационарной медицинской помощи** (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационно – восстановительную, протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом;
- b) пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением;
 - c) питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей или иных лиц;
 - d) оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских учреждений. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

4.7. Программы, предусматривающие **оказание скорой и неотложной медицинской помощи**, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи,

проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций, в т.ч. услуги по родовспоможению, и необходимой экспресс-диагностике.

4.8. Программы, предусматривающие оказание **медико-транспортных услуг**, могут включать в себя эвакуацию, перемещение из одной медицинской организации в другую, репатриацию (в том числе экстренную), посмертную репатриацию, а также оплату транспортных расходов, связанных с возвращением в страну постоянного проживания детей, находившихся с Застрахованным, в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая, включая сопровождение детей, и расходы по проезду в оба конца родственников Застрахованного в случаях, предусмотренных договором страхования.

4.9. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи, включаемой в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

4.10. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования), если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию (если иное не оговорено Договором страхования):

4.10.1. в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения (если иное не оговорено Договором страхования);

4.10.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

4.10.3. в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой;

4.10.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений,

4.10.5. с целью получения медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом;

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

4.11.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.11.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.11.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.12. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п. 2.6, Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ и / или обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным.

4.12.1. Обстоятельства, указанные в п. 4.12. настоящих Правил являются в соответствии с ст. 431.2 Гражданского кодекса Российской Федерации существенными для заключения договора Страховщиком.

4.13. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п. 2.6. Правил, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза.

После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

4.13.1 Для целей реализации процедуры прекращения действия договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Страховщик имеет право в договорах с лечебными учреждениями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п. 2.6 Правил.

4.13.2. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного, вернуть Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного.

4.13.3. В том случае, если после момента прекращения договора страхования, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования в соответствии с п.п. 4.13.1 - 4.13.3 Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

5.1 Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2 Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.

5.3 Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности.

5.4 Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

6.1. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика Правилам с учетом коэффициентов риска.

6.2. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска).

6.3. Страховой премией (страховыми взносами) является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения договора страховыми тарифами, с учетом страхового риска и срока страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.4. Порядок определения страховой премии включает в себя расчет ее размера:

- умножением страховой суммы на страховой тариф;
- умножением рассчитанного размера страховой премии на коэффициенты риска, устанавливаемые с учетом степени риска, определяемые экспертным путем;
- умножением рассчитанного годового размера страховой премии на коэффициент в зависимости от срока действия договора страхования, при страховании на срок, отличный от года.

6.5. Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от определяемых Страховщиком факторов риска.

6.6. В случае изменения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинской помощи Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинской помощи, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору страхования. После подтверждения факта получения Страхователем уведомления, указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если страховая премия подлежит уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом страховой премии.

6.7. Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. Страховая премия уплачивается единовременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным договором страхования.

6.8. При безналичной форме оплаты страховая премия (взносы) считается уплаченной в момент поступления суммы страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

6.9. При оплате страховой премии (взноса) наличными денежными средствами страховая премия уплачивается внесением суммы премии (взноса) в кассу.

6.10. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7. ФРАНШИЗА

7.1. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в убытке – франшиза.

В соответствии с настоящими Правилами устанавливается безусловная франшиза (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

В случаях, когда это прямо предусмотрено договором, франшиза также может быть условной (Страховщик освобождается от ответственности за страховую выплату, не превышающий или равную размеру франшизы, но если размер страховой выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете страхового возмещения франшиза не учитывается).

7.2. Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования, наличие временной франшизы указывается в Программе страхования.

7.3. Франшиза может быть установлена по договору страхования, по программе, по одному риску либо по их комбинации.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования по настоящим Правилам может быть заключен:

- в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика;
- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме с намерением заключить договор страхования;
- при обращении к Страховщику (уполномоченному представителю) с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

8.2. Договор страхования может быть оформлен путем составления сторонами одного документа в соответствии с положениями Гражданского законодательства Российской Федерации.

При заключении договора страхования в электронной форме, Страховщик может направить страхователю электронный страховой полис-оферту, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. В этом случае электронный договор страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.

8.3. Заключение договора страхования.

8.3.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного Заявления Страхователя и медицинской Анкеты лица, принимаемого на страхование.

Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные выше и выданные (оформленные) за границей Российской Федерации принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории Российской Федерации (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

Письменное заявление на страхование является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью.

Если в договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия/правила страхования (полностью или частично), то в договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

Договор страхования считается заключенным с даты его подписания, если иное не установлено договором страхования.

Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого её взноса, но не ранее даты заключения договора.

8.3.1.1. По договору страхования, вступающему в силу с даты уплаты премии (первого взноса), при неуплате премии (первого взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный в договоре страхования как дата уплаты премии (первого взноса), договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

Страхователь вправе в одностороннем порядке отказаться от договора страхования, перестав уплачивать страховые взносы. В этом случае договор страхования прекращается с даты, следующей за последним днем оплаченного периода страхования.

8.3.1.2. Если договором страхования предусмотрено его вступление в силу с иного момента, чем уплата страховой премии или первого страхового взноса, в случае неуплаты Страхователем премии (первого или очередного взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный договором, договор страхования считается не вступившим в силу.

8.3.1.3. Иные последствия неуплаты страхователем страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме могут быть установлены договором страхования.

8.3.2. Соглашения об изменении или о расторжении договора совершаются в той же форме, что и договор.

8.4. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.4.1. В соответствии с настоящими Правилами, пунктом 2 статьи 434 ГК РФ и статьи 6.1. Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта <https://insurance.rncb.ru> в порядке, указанном в настоящих Правилах.

8.4.2. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный сайт Страховщика или его представителя путем заполнения Заявления на страхование.

8.4.3. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на Сайте Компании, для заключения договора страхования страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

При заключении договора страхования в электронной форме обследование лиц, принимаемых на страхование, Страховщиком не осуществляется.

8.4.4. Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается страхователем – физическим лицом простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной электронной подписью, а страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

8.4.5. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

8.4.6. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями договора страхования, выбранных им Программ и настоящих Правил. Оплата страховой премии страхователем – физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Компании.

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования, и на основе которых заключен договор страхования, дополнительно включается в текст страхового полиса.

8.5. По решению Страховщика перечень документов/информации, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа) может быть изменен/сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

8.6. Подписывая договор страхования Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- a) об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на получение страхового возмещения, если договором страхования предусмотрено возмещение;
- b) об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- c) о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- d) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или обследования застрахованного лица при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
- e) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- f) о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- g) о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения страхового возмещения, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- h) о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- i) об адресе места приема документов на страховое возмещение.

8.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования.

8.8. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу.

8.9. После заключения договора страхования Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования (именной документ, подтверждающий заключение договора страхования и пр. (далее – страховые документы)). Так же договором могут быть предусмотрены электронные формы страховых документов.

8.10. При утрате Страхователем или Застрахованным страховых документов, по его письменному Заявлению может быть выдан дубликат таких документов.

8.11. При заключении договора страхования стороны оговаривают способы взаимодействия, которые будут использоваться для предоставления информации получателю страховых услуг.

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) способами, установленными договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Конкретный способ взаимодействия указывается Страхователем в заявлении о заключении договора (если оно выражено в письменной форме) и/или в договоре страхования/полисе.

Если иное не согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем), все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

- a) уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения;
- b) уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений (Viber, WhatsApp, Telegram и т.п.) по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);
- c) уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения.
- d) уведомление направлено с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в Личном кабинете Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта Страховщика, о чем Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

8.12. Заключая договор страхования, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных, по договору страхования, лиц на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинской помощи и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских и иных учреждений и др.

Под **персональными данными** в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа,

удостоверяющего личность, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские и иные учреждения.

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

8.12.1. Во исполнение обязательств по договору страхования Страховщик также вправе передавать (в том числе, при необходимости, осуществлять трансграничную передачу) персональные данные Застрахованных в медицинские и иные учреждения, предусмотренные договором страхования, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные о Застрахованных, при условии, что Страховщик имеет договоры с указанными учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных Застрахованных. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Застрахованного.

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

Заключая договор страхования, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

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

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.

После прекращения действия договора страхования, а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 10 (десяти) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных учреждений и/или Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3. досрочно прекратить действие договора страхования;

9.1.4. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями договора страхования по соглашению сторон;

9.1.5. прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;

9.1.6. с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору. Замена Застрахованных по договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

9.1.7. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

9.1.8. один раз в течение действия договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

9.2.2. предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

9.2.3. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействующих на здоровье граждан;

9.2.4. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.5. доплатить по требованию Страховщика страховую премию в случае увеличения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.6. передать Застрахованному страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования и порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по договору страхования в Личном кабинете;

9.2.7. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.8. своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, т.е. об изменении обстоятельств, которые были сообщены Страховщику при заключении договора страхования и о ставших известными случаях выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа указанных в п.п. 2.5. и 2.6. Правил.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.3.4. при утрате страховых документов получить их дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);

9.3.5. ознакомиться с информационными материалами по договору страхования в электронном виде через Интернет – ресурс «Личный кабинет» на официальном сайте Страховщика <https://insurance.rncb.ru/> (далее – Личный кабинет);

9.3.6. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

9.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским и иным учреждением;

9.4.3. своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7 Правил;

9.4.4. не передавать страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.5. по требованию Страховщика в соответствии с п. 9.5.3 Правил, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;

9.4.6. своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

9.4.7. при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликатов;

9.4.8. при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызывать врача на дом, установленной Застрахованным после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;

9.4.9. уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;

9.4.10. Нарушение Застрахованным условий п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

9.5.3. потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия договора страхования у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния) из числа указанных в п.п. 2.6 и 2.7 Правил;

9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора страхования Страхователю и Застрахованному;

9.5.5. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в

9.5.6. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком;

9.5.7. в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать

изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения - потребовать досрочно прекратить договор страхования;

9.5.8. при наличии у Страхователя просроченной дебиторской задолженности перед Страховщиком по закончившемуся договору страхования, приостановить в отношении Застрахованного организацию оказания медицинской помощи по действующему договору страхования до погашения Страхователем подтвержденной задолженности. Страховщик должен уведомить Страхователя не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до начала приостановления организации медицинской помощи о факте наличия задолженности с указанием последствий непогашения задолженности.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2. организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

9.6.3. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными учреждениями;

9.6.4. осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) договором страхования;

9.6.5. выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);

9.6.6. по требованиям страхователей, Застрахованных, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты.

Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика;

9.6.7. по запросу Страхователя один раз в течение действия договора бесплатно предоставить копию действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования.

9.6.8. информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений, путем направления уведомления по почтовому адресу или иным предусмотренным договором страхования способом связи.

9.6.9. По устному или письменному запросу Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса Страховщик предоставляет ему информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие:

10.1.1. в случае истечения срока, на который был заключен договор страхования;

10.1.2. в случае смерти Застрахованного (договор прекращается в отношении такого Застрахованного лица) – с даты смерти Застрахованного;

10.1.3. по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных п. 9.4.10 Правил, если договором страхования не установлено иное – с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании;

10.1.4. полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;

частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных;

в обоих случаях договор считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;

10.1.5. по требованию Страхователя в любое время - с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;

10.1.6. по соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;

10.1.7. в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации;

10.1.8. в случае ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя;

10.1.9. в случае исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме;

10.1.10. в случаях, указанных в п. 4.12, 4.13 Правил;

10.1.11. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) договором страхования – с даты, определенной законом или договором для таких случаев.

10.1.12. При прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 10.1.2, 10.1.6., 10.1.7 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на не истекший срок действия договора страхования.

10.1.13. По иным основаниям прекращения договора страхования возврат уплаченной страховой премии (взносов) не производится. Если договором страхования устанавливается иное, в нем определяется размер подлежащей возврату части страховой премии.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 15(пятнадцати) рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате страховой премии, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

10.2. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора.

а) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 10.1. настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

б) В случае если Страхователь–отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по

заключенному договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

с) В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

д) При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

е) Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

ф) Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

10.3. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11.1. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный обращается в медицинское или иное учреждение, предусмотренные договором страхования или согласованные со Страховщиком или к Страховщику.

11.1.1. В случае обращения Застрахованного к Страховщику с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, последний должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые он должен предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о страховом возмещении израсходованных Застрахованным личных средств, о порядке и способе их возмещения, и о сроках проведения указанных действий и представления документов.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Застрахованного, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

11.2. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика и если это предусмотрено договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или

состоянии, требующем оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования, обратиться в любое медицинское или иное учреждение и самостоятельно оплатить медицинскую помощь, предусмотренную Программой, а также санаторно-курортного лечения путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства. После получения услуг Застрахованный, для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг, должен в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о компенсации расходов, понесенных Застрахованным в соответствии с условиями настоящей статьи, или отказ в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:

11.2.1. письменного заявления на получение страхового возмещения;

11.2.2. копия документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иные документы, позволяющие идентифицировать застрахованное лицо, если договор страхования заключен без указания ФИО застрахованного;

11.2.3. документов, подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному (копия договора оказания медицинских услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью ЛПУ или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющий) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему Прейскуранту, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных средств, материалов/предметов медицинского назначения, заверенные подписью ответственного лица в ЛПУ и печатью ЛПУ;

11.2.4. оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;

11.2.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинского учреждения (рецепт или сигнатура, или заключение врача о назначении лекарственных средств/изделий медицинского назначения), факт их применения при проведенном лечении, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (чек ККМ или документ его заменяющий в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги);

11.2.6. в случае репатриации - документов, подтверждающих факт оплаты медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги), медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг);

11.2.7. при обращении за страховым возмещением от имени другого лица - документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документы,

подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам).

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления.

Если полученные Страховщиком документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

В случае если Застрахованным или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

11.3. Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным или его представителем документы, недостаточны для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

11.4. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (иных документов) на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения может быть увеличен до 90 (девяносто) рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

В случае принятия Страховщиком решения об отказе в страховой выплате или об отсутствии оснований для страховой выплаты, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с его обоснованием.

При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

11.5. Конкретный порядок организации медицинской помощи зависит от выбранной Программы и определяется договором страхования и конкретной Программой.

12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховая выплата осуществляется на основании следующих документов, а именно: выставленного Заказчику Исполнителем Счета за оказанную медицинскую и иную помощь, Акта выполненных работ с приложением реестра (перечня) оказанных услуг (счет-фактура предоставляется опционально), в порядке и сроки, определенные договором страхования и (или) конкретной Программой:

- a) после получения и проверки Страховщиком заявлений о страховом событии (при необходимости);
- b) копии документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения;
- c) подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости;
- d) а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения и факта их применения при проведенном лечении.

Сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 (тридцать) рабочих дней с момента получения счета из медицинского и иного учреждения или заявления Застрахованного и иных документов, указанных в п. 11.2 Правил.

В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяноста) рабочих дней.

12.2. При осуществлении страховой выплаты по договору страхования в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское и иное учреждение, счетам оплачиваются в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты.

12.2.1. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяноста) рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанную медицинскую помощь не предусмотрено между Страховщиком и медицинским и иным учреждением.

12.2.2. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки на условиях описанных выше.

12.3. В случаях, предусмотренных п. 11.2 Правил, страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи на основании предъявленных документов, указанных в п. 11.2 Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

12.4. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

12.5. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

12.5.1. за отдельную простую, сложную и/или комплексную медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинской помощи (далее - сервисные услуги);

12.5.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарно - замещающем лечении), в стоимость которой могут входить вся или отдельная медицинская помощь, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

12.5.3. по законченному случаю оказания помощи;

12.5.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

12.5.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

12.6. Не является страховым случаем, обращение Застрахованного в медицинское или иное учреждение:

12.6.1. в состоянии наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

12.6.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

12.6.3. в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой;

12.6.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

12.7. Не порождают обязанности Страховщика произвести страховую выплату следующие события:

12.7.1. расходы на оказание медицинской или иной помощи, не обоснованные документами, предусмотренными п. 11.2 Правил, подтверждающими наступление страхового случая;

12.7.2. расходы, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и/или договором страхования, в т.ч. расходов в связи с оказанием Застрахованному различных видов платной медицинской помощи не включенных в Программу;

12.7.3. обращение за медицинской и иной помощью вне срока действия договора страхования;

12.7.4. обращение за медицинской и иной помощью в учреждение, не предусмотренное договором страхования и не согласованное со Страховщиком;

12.7.5. обращение за медицинской и иной помощью по основаниям иным, чем ухудшение состояния здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, указанных в Программе;

12.7.6. страховые события, не повлекшие возникновения расходов на оплату медицинской и иной помощи.

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

12.8.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

12.8.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

12.8.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

12.9. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законодательством или договором страхования.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

13.2. При наличии разногласий между Страхователем/Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска Страхователь/Застрахованный направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

13.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями Договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя/Застрахованного.

13.4. Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя/Застрахованного заявления о страховом случае. Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

13.5. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с

Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Страхователь/Застрахованный должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

13.6. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя/Застрахованного и направить ему мотивированный ответ:

13.6.1. в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

13.6.2. в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

13.7. В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.