

Программа добровольного международного медицинского страхования АЛЬФАСИНОПСИС

Страховой случай.

В соответствии с условиями договора страхования АО «АльфаСтрахование» организует и оплачивает медицинские и иные услуги Застрахованному в объеме, предусмотренном настоящей страховой программой добровольного международного медицинского страхования, при наступлении страхового случая.

Страховым случаем является возникновение возможных расходов Застрахованного лица, которые оно должно произвести для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в объеме, предусмотренном программой добровольного международного медицинского страхования, в связи с впервые диагностированным в период действия договора страхования онкологическим заболеванием у Застрахованного лица, требующего организации и оказания медицинской помощи. При этом услуги по первичной постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

Под «онкологическим заболеванием» подразумевается заболевание, входящее в рубрику «Злокачественные новообразования» (C00-C97) и в рубрику «Новообразования in situ» (D00-D09) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10), подтвержден гистологически, а также специалистом-онкологом.

Период ожидания.

Программой предусмотрен период времени с момента вступления договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности за страховые случаи, произошедшие с Застрахованным.

По настоящей Программе установлен период ожидания для всех видов лечения 120 (сто двадцать) календарных дней с даты начала действия Страхового полиса.

При перезаключении договоров на новый период ожидания не применяется.

Порядок получения медицинской помощи.

По настоящей Программе страхования медицинская помощь предоставляется в медицинских учреждениях Израиля, Испании, Южной Кореи, РФ.

При этом Застрахованный имеет право выбрать страну лечения.

Выбор медицинского учреждения, в котором будет осуществляться медицинская помощь, остается за Страховщиком.

Круглосуточная служба поддержки: 8-800-700-0998 (звонок по России бесплатный)

Действие сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового.

1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая;
2. Застрахованный/его законный представитель обязан незамедлительно, до обращения в медицинское учреждение за рубежом (до получения медицинской помощи) сообщить Страховщику о наступлении события, имеющего признаки страхового, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), при установлении Застрахованному диагноза, подпадающего под покрытие настоящим Полисом.
3. Предоставить Страховщику всю известную информацию о событии и все необходимые документы для установления факта наступления страхового случая.
4. Для организации медицинских услуг по Программе Застрахованный/его законный представитель предоставляет Страховщику следующие документы:
 - 4.1. уведомление о страховом случае;
 - 4.2. копию страхового полиса;
 - 4.3. направление лечащего врача на плановое лечение;

- 4.4. медицинский документ лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации;
 - 4.5. результаты проведенных анализов;
 - 4.6. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;
 - 4.7. медицинский документ об отсутствии обращений - за последние 5 (Пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства;
5. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы, а также сведения, связанные со страховым случаем, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.
6. После получения Заявления о страховом случае и полного пакета документов, предусмотренного настоящей Программой, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней письменно информирует об этом Застрахованного/его законного представителя с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов. Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет не более 5 (Пяти) рабочих дней со дня их предоставления.
7. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные настоящей Программой медицинские и иные услуги в течение 14 (Четырнадцать) рабочих дней. При этом Страховщик не несет ответственности, если Застрахованному будет отказано в получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.
8. При признании случая не страховым Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках программы с указанием причин.

Объем предоставляемых услуг.

Все услуги предоставляются в соответствии с «Исключениями из программы добровольного международного медицинского страхования».

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

- Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением сан.авиации.
- Стационарные медицинские услуги и лечение включая:
 - Консультации лечащим врачом;
 - Лабораторные и инструментальные исследования;
 - Физиотерапия;
 - Хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
 - Пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - Пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
 - Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
 - Протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000 (Пятнадцать тысяч) Долларов США в год;
 - Пребывание в одно- или двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный

- индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;
- Сестринский уход на дому на сумму не более эквивалента 10 000 (Десять тысяч) долларов США.
 - Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи застрахованному в стране назначения, в том числе:
 - Сопровождение застрахованного в стране назначения в течение периода лечения;
 - Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного;
 - Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного;
 - Организация немедицинской перевозки в стране получения лечения для Застрахованного от аэропорта до клиники или иного места размещения Застрахованного на период лечения и обратно в аэропорт.
 - Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в медицинском учреждении на период лечения.
 - Репатриация останков Застрахованного в страну постоянного проживания.
 - Стоимость авиабилетов в страну получения лечения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного и одного сопровождающего.
 - Стоимость размещения в гостинице не более 4 звезд для Застрахованного и одного сопровождающего. При этом Страховщик оплачивает размещение в номерах категории «Стандарт».

Страховая сумма: Годовой лимит – эквивалент 300 000 (триста тысяч) долларов США.

Исключения из программы добровольного международного медицинского страхования.

Не является страховым случаем:

Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг необходимых Застрахованному, в случаях предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

1. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;
2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;
3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не указанной в Программе страхования;
4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
 - раком кожи, за исключением меланомы;
 - опухолями, которые гистологически диагностированы как предраковые;
 - онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ОАО «АльфаСтрахование»

В.Ю. Скворцов

«06» июня 2017 года

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ПРЕАМБУЛА

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами добровольного международного медицинского страхования (далее – Правила) ОАО "АльфаСтрахование" (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного международного медицинского страхования, по условиям которых организует оказание медицинских и иных услуг застрахованному лицу и оплату данных услуг, оказанных застрахованному лицу за пределами Российской Федерации, либо как за пределами Российской Федерации, так и на территории Российской Федерации, либо только на территории Российской Федерации, определенного перечня и качества в объеме программ добровольного международного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Программа страхования – перечень и условия предоставления медицинских и иных услуг Застрахованным при наступлении страхового случая.

Сервисный центр - специализированная организация (ассистанская компания), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать:

2.1.1. Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранными гражданами или лицами без гражданства;

2.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы.

2.2. Страховщиком выступает страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

2.3. Застрахованный - физическое лицо, о страховании которого заключен договор в соответствии с настоящими Правилами.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или его состояния, требующих организации и оказания таких услуг в объеме и на условиях программы добровольного медицинского страхования, выбранной Страхователем.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховым случаем является возникновение возможных расходов Застрахованного лица, которые оно должно произвести для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и приложениями к нему, в объеме, предусмотренном программой добровольного международного медицинского страхования, в связи с впервые диагностированным в период действия договора страхования расстройством здоровья у Застрахованного лица, требующего организации и оказания медицинской помощи. При этом услуги по постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

4.2. Страховым риском является вероятность возникновения расходов у Застрахованного лица по оплате организации и оказанию медицинских и иных услуг, в объеме, предусмотренном договором и приложениями к нему, в связи с впервые диагностированным в период действия договора страхования расстройством здоровья у Застрахованного лица, требующего организации и оказания медицинской помощи.

4.3. Конкретный перечень видов медицинской помощи и иных услуг приводится в

соответствующей программе (Приложение № 1 к настоящим Правилам). По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по программе может ограничиваться или расширяться.

4.4 По договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и иных услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских учреждениях на условиях, предусмотренных договором страхования, а так же возмещение расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, в строгом соответствии с условиями договора страхования и выбранной программой страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

5.1. Страховой суммой является предельный уровень страховой выплаты по договору медицинского страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной программой и стоимостью медицинских услуг в медицинских организациях, привлекаемых для обеспечения этой программы.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного и может предусматривать предельный размер страховой выплаты по всей программе в целом или совокупности программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам), в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках программы либо договора страхования. Конкретная страховая сумма и указывается в договоре страхования

5.3. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в сумме эквивалентной иностранной валюте, определяемой по курсу Центрального Банка Российской Федерации на момент заключения Договора. В случае если страховая сумма определяется в эквиваленте иностранной валюты или в иностранной валюте, страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте или эквиваленте иностранной валюты, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день обращения Страхователя (Застрахованного) к Страховщику после первоначальной постановки диагноза, требующего организации и оказания плановой стационарной помощи, для ее организации и оказания, в порядке, предусмотренном пунктами 9.1.-9.4.9 настоящих Правил, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая выплата может осуществляться в иностранной валюте.

5.4. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

5.5. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон.

5.6. 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.

Оплата страховой премии производится путем наличного или безналичного расчета, единовременным платежом или в рассрочку (два и более страховых взносов) в размере и сроки, установленные договором страхования.

Если иное не установлено договором страхования датой уплаты страховой премии (взноса) признается:

- дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика - при наличном расчете;

- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или на расчетный счет уполномоченного представителя Страховщика – при безналичном расчете.

5.7. Стороны установили, что неуплата страховой премии, очередного страхового взноса Страхователем в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от договора страхования, если иные условия не предусмотрены договором страхования. При этом договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором страхования срока уплаты страховой премии (очередного страхового взноса), которая не была уплачена полностью или частично.

5.8. В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе устанавливать в следующем проценте от их годовых размеров:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;
- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

5.9. По согласованию сторон договора страхования страховая сумма и (или) страховая премия могут устанавливаться как в целом по договору страхования, так и индивидуально: по отдельной программе (или группе программ); по страховому риску (или группе рисков); по каждому Застрахованному (или группе Застрахованных).

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если в нем не предусмотрено иное. При этом в договоре страхования стороны могут установить периоды страхования.

6.2. Договор страхования, в соответствии с настоящими Правилами, считается краткосрочным, если он заключен на срок менее года.

6.3. При заключении договора страхования на срок более одного года в нем могут быть указаны периоды страхования, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

6.4. Если до истечения срока действия предыдущего договора страхования, заключается договор страхования на новый (очередной) срок, то заключаемый договор страхования на новый (очередной) срок вступает в силу в следующем порядке:

6.4.1. с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) до даты начала срока действия нового договора страхования. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) новый договор страхования считается не вступившим в силу.

6.4.2. с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования. Если условиями нового договора страхования предусмотрена уплата страховой премии (первого страхового взноса) в течение периода

действия нового договора страхования, то при неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) в сроки, установленные в новом договоре страхования, наступают последствия, предусмотренные п. 5.7. настоящих Правил. При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся Страховщику часть страховой премии за период, в течение которого действовал договор страхования.

6.5. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

6.5.1. Если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате:

6.5.1.1. до начала срока действия договора, то договор вступает в силу с даты начала срока действия договора при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в предусмотренном договором размере и срок.

6.5.1.2. в течение периода действия договора, то договор вступает в силу с даты начала срока действия договора.

6.6. Если иное не установлено договором страхования, то устанавливаются следующие последствия неуплаты страховой премии (первого страхового взноса, очередного страхового взноса):

6.6.1. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в случае если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате до начала срока действия договора страхования, договор страхования считается не вступившим в силу.

6.6.2. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в период действия договора страхования, а также при неуплате очередного страхового взноса в порядке и срок, предусмотренные договором страхования, наступают последствия, предусмотренные п. 5.7. настоящих Правил.

При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся часть страховой премии за период, в течение которого фактически действовал договор страхования. Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с момента прекращения договора страхования. В случае оплаты Страховой премии после прекращения договора страхования денежные средства, уплаченные после даты расторжения договора, возвращаются Страхователю в полном объеме.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме.

7.1.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - договора страхования, подписанного Страховщиком и Страхователем;

7.1.2. Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком и Страхователем.

7.1.3. Договор страхования также может быть заключен иными способами, предусмотренными законодательством РФ.

7.2. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату лицу, в пользу которого заключен договор страхования, а Страхователь обязуется оплатить страховую премию в установленные договором страхования размере и сроки.

7.3. Для заключения договора страхования Страхователь в устной форме или письменном виде предоставляет Страховщику или его уполномоченному представителю заявление на страхование. В заявлении он указывает точные и полные сведения о Застрахованном и другую необходимую информацию, имеющую существенное значение для

заключения договора страхования, определения вероятности наступления страховых случаев и размеров возможного ущерба от их наступления. Если иное не предусмотрено договором страхования, к заявлению Страхователя прикладывается заявление о состоянии здоровья на момент принятия Застрахованного на страхование (Приложения № 2.1, 2.2., 2.3.). Сведения, указанные в письменном заявлении на страхование и/или в заявлении о состоянии здоровья, удостоверяются подписью Страхователя (Застрахованного).

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

7.4. В случае утраты договора страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат договора страхования, на основании его письменного заявления.

7.5. Территорией страхового покрытия является:

- территория иностранного государства, указанного в Программе;
- территория иностранного государства и территория Российской Федерации;
- территория Российской Федерации.

Территория страхового покрытия в каждом индивидуальном случае определяется сторонами в договоре страхования.

7.6. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- в) смерти Страхователя (Застрахованного лица), с момента смерти Страхователя (Застрахованного лица);
- г) ликвидации Страхователя – юридического лица (с даты ликвидации в порядке, предусмотренном законодательством РФ), кроме случаев изменения наименования Страхователя в договоре страхования (полисе) при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);
- д) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- е) признания решением суда договора страхования недействительным;
- ж) отказа Страхователя от договора страхования в соответствии с п. 5.7. настоящих Правил.

7.7. Руководствуясь п. 1 ст. 452, п. 2 ст. 958 ГК РФ Страхователь, заключая договор страхования, соглашается с тем, что письменное соглашение о прекращении договора страхования в соответствии с п.5.7. настоящих Правил не заключается.

7.8. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, об этом Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика.

7.9. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.10. Если договором страхования или соглашением к нему предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя, то Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования и с учетом расходов Страховщика размер которых устанавливается Сторонами согласно действующей структуре тарифной ставки. Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с начала действия договора страхования, и/или в случае, если по расторгаемому договору

выплачено страховое возмещение или Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) заявлен страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное

7.11. В случаях, предусмотренных Правилами страхования, договором страхования, действующим законодательством РФ, Страховщик вправе потребовать досрочного расторжения договора страхования или признания его недействительным с возмещением убытков, причиненных расторжением договора или признания его недействительным, в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.12. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление в т.ч. Застрахованному (ым) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию о размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев и другую имеющую отношение к заключенному договору страхования информацию.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

7.13. После заключения договора страхования Страховщик выдает для Застрахованного страховой полис - именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования. К полису прилагается программа и, при необходимости, другие информационные документы, выдача которых согласована Сторонами договора.

Форма страхового полиса может отличаться от формы, предусмотренной в Приложении 6.

7.14. При утрате страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю (Застрахованному) выдаются новые.

7.15. Страховой полис выдается Страхователю (Застрахованному) в течение 10 дней после уплаты страховой премии (первого взноса).

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

8.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой.

В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

8.1.3. Расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии (первого страхового взноса), если им не предусмотрено иное.

8.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию, или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.2. Застрахованный имеет право:

8.2.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования.

8.2.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

8.2.3. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством.

8.2.4. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

8.3.2. Отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

8.3.3. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

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

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

8.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

8.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

8.4.4. Немедленно 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.

8.5. Застрахованный обязан:

8.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

8.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

8.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

8.6.2. В течение 10 календарных дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой полис Страхователю (Застрахованному) с приложением Правил и Программы;

8.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

9. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. При первоначальной постановке Страхователю (Застрахованному) в период действия Договора страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий указанного события.

9.2. Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после первоначальной постановки диагноза, требующего организации и оказания плановой стационарной помощи и до обращения в медицинское учреждение для получения медицинской помощи сообщить Страховщику о ~~постановке диагноза~~ в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления (Приложение 3), любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

9.3. Предоставить Страховщику всю известную информацию о постановленном диагнозе и все необходимые документы для установления факта страхового случая и определения размера страховой выплаты.

9.4. Для организации и оказания медицинских услуг по Программе Страхователем (Застрахованным) предоставляются Страховщику следующие документы:

9.4.1. уведомление о постановке диагноза;

9.4.2. копию страхового полиса;

9.4.3. направление лечащего врача на плановое стационарное лечение;

9.4.4. медицинский документ лечебно - профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);

9.4.5. результаты проведенных анализов;

9.4.6. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;

9.4.7. медицинский документ об отсутствии обращений - за последние 5 (Пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания);

9.4.8. копия документа, удостоверяющего личность;

9.4.9. копия заграничного паспорта.

Страхователь (Застрахованный) вправе предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в настоящих Правилах и Договоре страхования.

9.5. После получения Заявления о страховом случае и полного пакета документов, предусмотренного настоящими Правилами, Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

9.6. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии в Программой страхования в течение 14 (Четырнадцать) рабочих дней. При этом, если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не занимается оформлением документов необходимых для въезда в страну, в которой будет проводиться лечение Застрахованного лица, и не несет ответственности, если Застрахованному лицу будет отказано в получение необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.

9.7. При признании случая не страховым Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках программы с указанием причин.

9.8. Выбор медицинского учреждения для получение услуг, предусмотренных договором страхования и Программой, осуществляется Страховщиком.

9.9. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не оплачивает следующие расходы:

- визовый сбор;
- билеты для проезда к месту оказания медицинских и иных услуг;
- проживание в отеле.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, в форме:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором и программой добровольного международного медицинского страхования, медицинским и иным организациям;

- возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования.

10.2. Страховщик производит организацию и оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования и приложениями к нему, при предоставлении соответствующих документов.

10.3. Оплата медицинским и иным организациям за оказанные Застрахованному медицинские и иные услуги осуществляется в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской и / или иной организацией.

10.4. Порядок произведения страховых выплат в виде возмещения расходов Застрахованного (Страхователя):

10.4.1. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

а) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

б) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

г) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования.

д) копия лицензии медицинского учреждения с переводом на русский язык (в случае необходимости).

10.4.2. Размер страховой выплаты не может превышать размер страховой суммы, установленной договором страхования, и определяется документами, подтверждающими оказание и оплату медицинских услуг, в объеме и на условиях, предусмотренных программой страхования.

10.4.3. В течение 45-ти рабочих дней с момента поступления к Страховщику заявления и документов, предусмотренных п. 10.4.1. настоящих Правил, эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг.

10.5. Сроки и порядок страховой выплаты:

- в случае организации медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, Страховщик осуществляет организацию вышеуказанных услуг в порядке, предусмотренном разделом 9 настоящих Правил.

- в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного международного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного международного медицинского страхования, но не позже 90 календарных дней с момента предоставления документов, предусмотренных в п. 10.4.1 и выдачи экспертом Страховщика заключения о целесообразности получения медицинских и иных услуг.

10.6. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

10.7. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму.

10.8. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается к Страховщику в порядке, указанном в п. 9.1. – 9.9. настоящих Правил.

10.9. Размер страховой выплаты рассчитывается из стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с программой, но не более страховой суммы, установленной договором страхования.

10.10. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в организации и оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях:

10.10.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

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

10.10.3. умышленного причинения себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

10.10.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;

10.10.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не предусмотренной договором страхования ;

10.9.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

10.10.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

10.10.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменения;

10.10.9. получения Застрахованным медицинских и иных услуг во время протекания беременности, осложнения беременности, прерывания беременности, родовспоможение, кесарево сечение, операции, относящиеся к оплодотворению и/или лечению бесплодия и/или добровольной стерилизации;

10.10.10. получения Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации;

10.10.11. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

10.10.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:

- опухолями, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.

- злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.
 - гиперкератозом и базально-клеточной карциномой;
 - плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.
 - онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).
 - раком предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.
 - хронической лимфоцитозной лейкемии (С.L.L).
- 10.10.13. занятиями Застрахованного экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья;
- 10.10.14. Страхователь предоставил неверные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;
- 10.10.15. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, а так же от возмещения расходов понесенных Страхователем (Застрахованным), предусмотренных договором страхования, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

- 11.1.1. участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- 11.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 11.1.3. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, террористических актов;
- 11.1.4. умысла Страхователя (Застрахованного);
- 11.1.5. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

12.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан письменно уведомлять Страховщика обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Обо всех значительных изменениях Страхователь (Выгодоприобретатель) обязаны незамедлительно, но, во всяком случае, не позднее 24 часов, с момента, когда им стало известно об этом уведомить Страховщика любым доступным способом (в том числе по телефону или факсу), и не позднее 3-х дней сообщить Страховщику в письменной форме с приложением документов, подтверждающих эти изменения.

Значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования, заявлении на страхование и в Правилах страхования, которыми, в частности, являются:

- получение группы инвалидности;
- участие Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

- постановка на учет в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

12.2. В случаях, предусмотренных п. 12.1. настоящих Правил, Страхователь или Выгодоприобретатель обязан незамедлительно, но во всяком случае не позднее 24 часов, с момента, когда им стало известно об этом, заявить в письменном виде Страховщику.

12.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

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

12.4. В случае отсутствия уведомления или несвоевременного уведомления Страховщика об обстоятельствах, изложенных в пункте 12.1 настоящих Правил или в случае возражения Страхователя против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии в соответствии с п. 12.3. настоящих Правил Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования с момента изменения обстоятельств существенно влияющих на степень страхового риска и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

12.5. Независимо от того, наступило ли повышение степени риска или нет, Страховщик имеет право, в течение срока действия договора страхования, проверять состояние Застрахованного, а также правильность сообщенных Страхователем сведений.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

13.1. Споры, возникающие при исполнении, неисполнении, либо ненадлежащем исполнении, изменении и расторжении договора, заключенного на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров.

13.2. При невозможности устранения разногласий путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Страховщика или, в случае если спор вытекает из деятельности его обособленного подразделения, по месту нахождения такого обособленного подразделения с обязательным соблюдением процедуры досудебного (претензионного) урегулирования спора

В этих случаях сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

13.3. Претензия должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом, и содержать требования заявителя, расчет суммы претензии, перечень прилагаемых к претензии документов.

Претензия высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. Датой получения претензии считается день ее передачи стороне, указанный в уведомлении о вручении заказного письма. Срок для ответа на претензию устанавливается 30 календарных дней со дня ее получения.

13.4. Ответ на претензию высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. В случае, если в указанный в претензии разумный срок претензионные требования не удовлетворены (полностью или частично), сторона, право которой нарушено, вправе обратиться с исковым заявлением в суд в соответствии с правилами о подсудности, установленными действующим законодательством РФ.