

УТВЕРЖДЕНЫ

**Приказом Генерального директора
ОАО «АльфаСтрахование»**

В.Ю. Скворцова

От 27 мая 2013 г. № 177/01

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ
РАСХОДОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	3
3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	4
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.....	5
5. СТРАХОВАЯ СУММА	6
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	7
7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ	8
8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА	10
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	11
10. ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	15
11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	18
12. ОПРЕДЕЛЕНИЯ	19

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации ОАО «АльфаСтрахование» (далее - Страховщик), заключает с юридическими лицами (российскими и иностранными предприятиями, организациями и т.п. любой организационно-правовой формы) и физическими лицами (гражданами РФ, иностранными гражданами и лицами без гражданства, обладающими гражданской дееспособностью) (далее – Страхователи) Договоры страхования медицинских и иных расходов физических лиц. Настоящие Правила предназначены для определения содержания Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.
- 1.2. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая), произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора страхования.
- 1.3. Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, считается заключенным в пользу Застрахованного. В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.
- 1.4. Если Договором страхования прямо не предусмотрено иное, на страхование не принимаются лица, попадающие в одну из нижеуказанных категорий:
- инвалиды I, II группы;
 - лица в возрасте до 18 лет, которым установлена категория «ребенок-инвалид»;
 - лица, имеющие такие нарушения здоровья, которые согласно действующему законодательству соответствуют критериям, применяемым для установления I, II группы инвалидности, группы ребенок-инвалид
 - нарушения здоровья, соответствующие критериям, применяемым для установления III группы инвалидности, даже если группа инвалидности не была установлена;
 - больные СПИДом, ВИЧ-инфицированные, лица, состоящие на учете в онкологических диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции;
 - лица, состоящие на учете в наркологических, туберкулезных диспансерах;
 - лица со стойкими нервными или психическими расстройствами (включая эпилепсию), состоящие на диспансерном учете по этому поводу;
 - лица, находящиеся под следствием (обвиняемые, подозреваемые, подсудимые) и в местах лишения свободы;
 - лица, находящиеся в зоне военных действий, даже если война не была объявлена официально.
- Заклученный в отношении таких лиц Договор страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.
- 1.5. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя и Страховщика.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с настоящими Правилами объектами страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахо-

ванного связанные с риском возникновения медицинских и иных расходов Застрахованного, в том числе на оказание ему медицинской и иной помощи при возникновении страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховыми случаями являются совершившиеся события, предусмотренные Договором страхования (страховые риски) и его приложениями, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика по осуществлению страховых выплат. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признается обращение застрахованного лица за лечением, необходимым по медицинским показаниям, в результате несчастного случая или заболевания (острого или хронического, травмы, отравления, несчастного случая и т.п.). Страховой случай возникает с момента начала лечения и заканчивается, когда медицинская оценка свидетельствует о том, что лечение более не требуется. Если лечение необходимо продлить в случае заболевания или обстоятельств, не связанных с настоящим заболеванием, лечение которого проводилось, это будет считаться отдельным страховым случаем.

Если программа страхования предусматривает соответствующую страховую выплату, также будут считаться страховыми событиями:

- амбулаторные медицинские исследования для выявления заболеваний на ранней стадии;
- медицинские осмотры и лечение, необходимое по медицинским показаниям, связанное с беременностью и родами;
- расходы, понесенные в течение послеродового пребывания в больнице здорового новорожденного младенца;
- смерть застрахованного;
- иные расходы, предусмотренные договором страхования.

3.3. При расчете суммы страховой выплаты учитываются следующие, связанные с обращением застрахованного лица за лечением, необходимым по медицинским показаниям, в результате несчастного случая или заболевания:

3.2.1. расходы по оплате, амбулаторного лечения (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической /в том числе иммунопрофилактической и др./ и иной /в том числе медико-социальной, доврачебной/ помощи);

3.2.2. расходы по оплате стационарного лечения (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической /в том числе иммунопрофилактической и др./ и иной /в том числе медико-социальной/ доврачебной помощи);

3.2.3. расходы по оплате стоматологического лечения (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической и иной помощи);

3.2.4. расходы по оплате услуг офисов врачей общей практики /семейная медицина/, медицинской помощи на дому /на рабочем месте/ (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической и иной помощи);

3.2.5. расходы по оплате услуг скорой, скорой специализированной (санитарно-авиационной) и неотложной медицинской помощи (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, и иной помощи);

- 3.2.6. расходы по оплате реабилитационно-восстановительного лечения (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической и иной помощи);
 - 3.2.7. расходы по оплате медицинской транспортировки;
 - 3.2.8. расходы по оплате репатриации;
 - 3.2.9. расходы, связанные с родовым ведением и родовспоможением;
 - 3.2.10. расходы по оплате лекарственного обеспечения, обеспечения расходными материалами, медикаментами, аппаратами и т.п.;
 - 3.2.11. транспортные расходы;
 - 3.2.12. расходы по оплате срочных сообщений;
 - 3.2.13. расходы, связанные с услугами ассистанских компаний и внешних администраторов, возникшие в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования и повлекшие возникновение обязательств Страховщика произвести страховую выплату;
 - 3.2.14. иные расходы, связанные с изменением состояния здоровья застрахованных.
- 3.3. Страховщик вправе разрабатывать специальные программы страхования с учетом территории страхования, набора страховых рисков, размера страховой суммы, срока действия Договора страхования и иных критериев.
- 3.4. Территория страхования указывается в Договоре страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

4.1. Конкретный перечень медицинских и иных расходов, указанных в п.п. 3.2.1-3.2.14 настоящих Правил, при наступлении которых Страховщик обязан произвести страховую выплату Застрахованному/Выгодоприобретателю, определяется в Договоре страхования и его приложениях.

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по настоящим Правилам не признаются страховыми случаями события, перечисленные в п.3.2 Правил, произошедшие вследствие:

- 4.2.1 алкогольного отравления Застрахованного, отравления в результате употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания врача, заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ, а также вследствие управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 4.2.2 совершения или попытки совершения Страхователем, Застрахованным уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;
- 4.2.4. умышленных действий Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая; причинения Застрахованным себе телесных повреждений, самоубийства; суицидальных попыток, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями;
- 4.2.5. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4.2.6. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 4.2.7. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- 4.2.8. стихийных бедствий.

- 4.2.9. участия Застрахованного в любых авиационных перелетах или перемещения на водных судах, за исключением перемещений его в качестве пассажира воздушного / водного судна, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого членами экипажа воздушного / водного судна, имеющими соответствующий сертификат;
- 4.2.10. травмоопасных занятий и хобби, участия Застрахованного в спортивных занятиях, тренировках, соревнованиях, гонках, занятиях опасными видами спорта (авто и мотоспортом, авиацией или полетами (дельта и парапланеризмом, прыжками с парашютом, полетами на вертолете), передвижениями по воде (водных мотоциклах, скутерах), альпинизмом и скалолазанием, спелеологией, экстремальным туризмом, любыми видами конного спорта, нырянием и т.д.).
- 4.2.11. расходы Застрахованного, связанные с получением страховых услуг, не назначенных врачом и/или выполняемых по желанию Застрахованного.
- 4.3. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхового покрытия. В случаях, прямо предусмотренных Договором страхования, страховые риски, совершившиеся в результате одного или нескольких событий, перечисленных в п.4.2 настоящих Правил, могут признаваться страховыми случаями, при этом Договором страхования может быть предусмотрена уплата соответствующей дополнительной страховой премии.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору страхования и, исходя из которой, устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты.

5.2. При заключении Договора страхования стороны могут установить предельную сумму страховых выплат по одному страховому случаю, по одному страховому риску и т.д. (лимиты и сублимиты страховой выплаты). Страховая выплата ни при каких условиях не может превышать установленные в Договоре соответствующие лимиты и сублимиты страховой выплаты.

5.3. При заключении Договора страхования стороны могут предусмотреть собственное участие Страхователя (Застрахованного) в оплате убытков (франшиза) как в целом по пакету рисков, так и по отдельным рискам.

5.3.1. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза. Условная/безусловная франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине (см. п.10.1.8 Правил).

5.3.2. В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза (мораторий, период экспертизы) - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных Договором случаев (заболеваний, состояний, травм, повреждений и т.п.) не производятся (см. п.10.1.8 Правил).

5.4. По соглашению Сторон страховая сумма в период действия договора может быть увеличена или уменьшена, при этом происходит перерасчет страховой премии. Увеличение и уменьшение страховой суммы оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования.

5.5. Страховщик вправе устанавливать максимальный / минимальный размер страховой суммы, при этом Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении Договора страхования / изменении условий Договора страхования, если требования Страхователя не удовлетворяют установленным Страховщиком ограничениям.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

6.2. Страховые тарифы рассчитываются Страховщиком исходя из срока действия Договора страхования, пола, возраста, состояния здоровья Застрахованного, территории страхования (географическая зона) и др. существенных обстоятельств, влияющих на степень страхового риска. Исходя из размера страховых тарифов и страховой суммы, рассчитывается сумма страховой премии (страховых взносов), являющаяся платой за страхование и устанавливаемая по соглашению сторон в Договоре страхования.

6.3. При определении размера страховой премии Застрахованному может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в Заявлении о приеме на страхование или в Медицинской анкете, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного).

В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование / потребовать предоставить медицинское заключение о состоянии здоровья. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, медицинское обследование / получение заключения о состоянии здоровья производится за счет Страхователя / Застрахованного.

В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.4. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно - разовым платежом за весь срок страхования, или в рассрочку в течение срока действия Договора страхования в виде страховых взносов. Порядок уплаты страховых взносов определяется в Договоре страхования.

6.5. Уплата страховой премии (страховых взносов) может производиться путем внесения денежных средств в кассу Страховщика или уполномоченному им представителю наличными деньгами либо по безналичному расчету на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

При оплате страховой премии (страховых взносов) безналичным путем днем ее уплаты считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

При оплате страховой премии (страховых взносов) наличным путем днем уплаты страховой премии (страховых взносов) считается день уплаты страховой премии (страховых взносов) в кассу Страховщика или его представителю.

6.6. Если Договор страхования вступает в силу после даты уплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку), то в случае неуплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, предусмотренный Договором страхования, последний считается незаключенным.

В случае уплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в сумме меньшей, чем предусмотрено в Договоре страхования, Страховщик возвращает полученную сумму Страхователю в течение 30 (тридцати) дней с даты, следующей за последним днем срока оплаты, если иное не предусмотрено Договором страхования; Договор в этом случае считается незаключенным.

В случае уплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в срок позднее, чем в срок, предусмотренный в Договоре страхования, Страховщик возвращает полученную сумму Страхователю в течение 30 (тридцати) дней с даты, следующей за последним днем срока оплаты, если иное не предусмотрено Договором страхования; Договор в этом случае считается незаключенным.

6.7. Если Договор страхования вступает в силу с определенной календарной даты, и при этом страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена в течение определенного времени с даты вступления Договора страхования в силу, то в случае неуплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, предусмотренный Договором страхования, либо уплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в сумме меньшей, чем предусмотрено в Договоре страхования, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования. При этом Страхователь обязан оплатить Страховщику часть страховой премии за период фактического действия Договора страхования.

6.8. В случае неуплаты очередных страховых взносов в размере и срок, установленные Договором страхования, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования. При этом Страхователь обязан оплатить Страховщику часть страховой премии за период фактического действия Договора страхования.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ

7.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением, форма которого устанавливается Страховщиком (далее – заявление о приеме на страхование), и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, и содержатся все необходимые сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

7.1.1. по требованию Страховщика к заявлению о приеме на страхование Страхователя прилагаются, в частности, следующие документы:

- медицинская анкета (по требованию Страховщика),
- результаты медицинского обследования (по требованию Страховщика).

Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, влияющие на риск наступления страхового случая

7.2. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования в течение (не позднее) 30 (тридцати) календарных дней с момента поступления заявления Страхователя о приеме на страхование. Факт заключения Договора страхования может удостоверяться путем составления отдельного документа (Договора страхования), либо путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением Правил страхования, как в полном изложении, так и в сокращении (выдержки). Договор страхования (полис) составляется в 2-х экземплярах (по 1 экземпляру для каждой из сторон), имеющих одинаковую силу. Страховой полис / Договор страхования также содержит информацию о размере страховой премии, программе и территории страхования, исключениях из программы страхования.

7.3. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и/или о дополнении Договора страхования положениями, не противоречащими действующему Законодательству РФ.

7.4. В Договоре страхования указываются:

- наименование, место нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;
- наименование, место нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя;
- численность Застрахованных;
- программа(ы) страхования;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;

- размер страховой премии (страхового взноса) по каждому риску, подлежащей уплате по Договору страхования, валюта, сроки, порядок и форма ее уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон;
- иные, не противоречащие Законодательству Российской Федерации, условия.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме.

7.5. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, то Застрахованным по Договору страхования выдаются индивидуальные страховые полисы. В страховом полисе указываются:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- программа страхования;
- страховые суммы;
- срок действия Договора страхования.

7.6. Если Договор страхования заключается путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса, то в таком полисе указываются:

- наименование, место нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;
- наименование, место нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя;
- фамилия, имя, отчество Застрахованных;
- программа и территория страхования;
- страховые суммы, франшизы и лимиты ответственности;
- срок действия Договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, сроки, валюта, порядок и форма его уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон
- иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

7.7. Одновременно со страховым полисом Страхователю (Застрахованным) может вручаться сервисная карта. Сервисная карта является именным документом и содержит справочную информацию (№ страхового полиса, контактные телефоны Страховщика и т.п.).

7.8. При утрате страхового полиса и/или сервисной карты Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения страховых услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

7.9. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, страховой полис и/или сервисная карта выдаются Страхователю (Застрахованным) после уплаты страховой премии (страхового взноса) в соответствии с Договором страхования.

7.10. Договор страхования прекращает действие в случае:

- 7.10.1. окончания срока действия Договора страхования;
- 7.10.2. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного), смерти Застрахованного по причинам иным, чем страховой случай – для рисков п.3.2.8, 3.2.13 (в отношении данного Застрахованного);
- 7.10.3. исполнения Страховщиком обязательств перед Застрахованным / Выгодоприобретателем по Договору страхования в полном объеме;
- 7.10.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховой премии (страховых взносов), если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

7.10.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном Законодательством Российской Федерации;

7.10.6. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

7.10.7. когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая;

7.10.8. отказа Страхователя от Договора страхования, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п.7.10.7 настоящих Правил;

7.10.9. при его расторжении в случае, предусмотренном в п.9.3.1.4 настоящих Правил.

7.10.10. по соглашению Страховщика и Страхователя;

7.10.11. в случае не уплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в размере и сроки, предусмотренные Договором страхования;

7.10.12. в других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

7.11. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, а также по соглашению Сторон.

7.12. При досрочном расторжении Договора по инициативе Страхователя возврат части страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования производится, если иное не предусмотрено Договором страхования, за неистекший оплаченный период за вычетом понесенных Страховщиком расходов:

7.13. Стороны Договора должны соблюдать следующие требования к направляемым друг к другу сообщениям, если иное не предусмотрено Договором страхования:

- любое сообщение, направляемое в соответствии с Договором, должно быть выполнено в письменной форме и доставляться лично, либо путем оплаченного почтового (с уведомлением о вручении) или курьерского отправления, либо по факсимильной, телексной, телефонной или электронной связи.

Сообщение по телефону должно быть подтверждено письменно одним из вышеуказанных способов.

- адреса отправления по почте должны быть указаны в Договоре (полисе), а если Страхователь или Страховщик изменяют свой адрес, они должны направить соответствующее письменное уведомление другой стороне по Договору в течение 30 календарных дней.

Обязанность о надлежащем сообщении будет исполнена, если сообщение сделано с учетом почтовых реквизитов, указанных в Договоре страхования, а также наименования и номера факса структурного подразделения, в которое необходимо обратиться.

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно любым доступным способом уведомить Страховщика о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, работником медицинского учреждения и пр.) об обстоятельствах, влекущих за собой увеличение страхового риска (в том числе в случае выявления у Застрахованного угрожающего жизни, смертельно опасного или хронического заболевания, или группы инвалидности, или смены профессиональной деятельности Застрахованного, связанной с повышенным риском, которая может привести к травмам и / или профессиональным заболеваниям, или переездом в другую страну / изменением территории страхования / изменением иных обстоятельств, оговоренных Страховщиком (например, в письменном запросе, Заявлении о приеме на страхование, Дого-

воре страхования), вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Так же фактором существенного увеличения степени страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп инвалидности, профессиональной нетрудоспособности.

8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования в соответствии с условиями п.8.2 настоящих Правил, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. знакомиться с настоящими Правилами;

9.1.2. выбирать по своему желанию перечень страховых рисков из числа указанных в разделе 3 Правил, подлежащих включению в Договор страхования;

9.1.3. получать страховую выплату при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил.

9.1.4. изменять в течение срока действия Договора страхования программу страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительную страховую премию (страховые взносы). Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для Договора страхования, если в них не предусмотрено иное.

9.1.5. получить дубликат страхового полиса (сервисной карты) или копию Договора страхования в случае его утраты. После выдачи дубликата утраченный Договор страхования (полис) считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся;

9.1.6. отказаться от Договора страхования;

9.1.7. расторгать досрочно Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных возврат страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя.

9.2. Застрахованный имеет право:

9.2.1. получать страховую выплату при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил;

9.2.2. получать дубликат страхового полиса и/или сервисной карты в случае их утраты. После выдачи дубликата утраченный страховой полис / сервисная карта считаются недействительными и никакие выплаты по ним не производятся;

9.2.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг;

9.2.4. принимать на себя обязанности Страхователя – юридического лица по уплате предусмотренных Договором страхования страховых премий своевременно и в полном объеме в случае ликвидации Страхователя либо обязанности Страхователя – физического лица – в случае смерти последнего.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. при исполнении Договора страхования по любому из рисков, указанных в настоящих Правилах:

9.3.1.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованными) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованными) требований и условий Договора страхования и настоящих Правил;

9.3.1.2. отказывать Страхователю в заключении Договора страхования, страховой выплате или досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях, установленных действующим законодательством, настоящими Правилами и Договором страхования, в том числе в случае установления факта, что Страхователь или Застрахованные / родители Застрахованного ребенка сообщили ложные данные, влияющие на степень страхового риска;

9.3.1.3. в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в т.ч. сокращения срока действия) Договора страхования.

9.3.1.4. потребовать расторжения Договора страхования, если Страхователь возражает против изменения его условий или оплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска.

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени страхового риска, уже отпали.

9.3.1.5. отказать в страховой выплате по страховым случаям, наступившим в период времени с момента изменения степени страхового риска до момента изменения условий Договора страхования или оплаты дополнительного страхового взноса.

Если страховой случай произошел в период согласования сторонами условий Договора страхования, по которому произошло увеличение степени риска, Страховщик вправе приостановить страховую выплату по этому Договору до момента заключения дополнительного соглашения и уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно степени увеличения страхового риска или произвести страховую выплату, если страховой случай не связан с увеличением степени риска.

9.3.1.6. расторгать досрочно Договор страхования при непоступлении страховой премии (первого или очередного страхового взноса) в соответствии с условиями Договора страхования;

9.3.1.7. участвовать в операциях, направленных на уменьшение вреда от страхового случая, а также давать инструкции Страхователю по его уменьшению. Инструкции Страховщика являются обязательными для выполнения Страхователем;

9.3.1.8. отсрочить страховую выплату в том случае, если:

9.3.1.8.1. по инициативе Страхователя производилась независимая экспертиза причин и обстоятельств наступления страхового случая и размера ущерба. При этом срок страховой выплаты увеличивается на период времени, в течение которого проводилась экспертиза;

9.3.1.8.2. правоохранительными органами возбуждено уголовное дело по факту страхового случая - до прекращения уголовного расследования или вынесения приговора судом;

9.3.1.8.3. начато судебное разбирательство в отношении страхового случая – до момента вступления судебного акта в законную силу при отсутствии его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию;

9.3.1.9. участвовать в работе специально созданных комиссий по выяснению причин, размера и последствий причиненного страховым случаем убытка;

9.3.1.10. вступать от имени и по письменному поручению Страхователя в переговоры и соглашения о возмещении причиненного страховым случаем вреда; самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая;

9.3.2. с целью заключения Договора страхования требовать у Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, позволяющие произвести оценку риска и вероятности наступления страхового случая;

9.3.3. взимать дополнительную страховую премию (страховые взносы) при из-

менении условий Договора страхования, оформлении дополнительных соглашений к Договору и т.п. в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;

9.3.3.1. запрашивать дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления страхового случая, у Страхователя (Застрахованного);

9.3.3.2. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

9.3.3.3. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его неявки на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованных или ложных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, при этом расходы на оплату не оказанных медицинских и прочих услуг, возникшие по вине Застрахованного (Выгодоприобретателя), в том числе пени, штрафы и т.п. оплачивает сам Застрахованный;

9.3.3.4. досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис и/или сервисную карту с целью получения последним услуг по Договору страхования;

9.3.3.5. изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинскими учреждениями, предусмотренными Договором страхования.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. уплачивать своевременно и в полном размере обусловленную Договором страхования страховую премию (страховые взносы);

9.4.2. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, запрашиваемые Страховщиком в Заявлении о приеме на страхование или дополнительных документах. Представлять Страховщику иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную подписью Страхователя / Застрахованного либо подписью и печатью Страхователя (для юридических лиц);

9.4.3. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, настоящих Правилах, программах страхования и о порядке получения страховых выплат;

9.4.4. обеспечивать сохранность документов по Договору страхования;

9.4.5. получать согласие заменяемых Застрахованных лиц при замене и исключении Застрахованных из Договора страхования;

9.4.6. уплачивать дополнительную страховую премию (дополнительный страховой взнос) соразмерно увеличению страхового риска или согласовывать изменение условий Договора страхования в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска;

9.4.7. предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к событию, обладающему признаками страхового случая;

9.4.8. письменно информировать Страховщика обо всех Договорах страхования, заключенных в отношении объекта страхования Страхователем с другими страховыми компаниями. При этом Страхователь обязан указать наименование других страховых компаний и существенные условия Договоров страхования.

9.4.9. оплатить страховую премию в порядке и сроки, указанные в Договоре страхования.

9.4.10. сообщить Страховщику в течение 3 (трех) дней о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных им при заключении Договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.

9.4.11. возратить Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя/ Застрахованного/ Выгодоприобретателя права на страховую выплату.

9.4.12. немедленно сообщать Страховщику информацию обо всех направленных в его адрес претензиях и исках о возмещении вреда, следствии, дознании, судебном разбирательстве и других фактах, имеющих отношение к страховому случаю, и принимать все меры для участия Страховщика в судебных разбирательствах по этим требованиям;

9.4.13. не выплачивать возмещение третьим лицам, не признавать частично или полностью требования, предъявленные Страхователю в связи со страховым случаем, а также не принимать на себя каких-либо обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика;

9.4.14. при обращении за страховой выплатой, в случаях, когда Страхователь является Застрахованным, предоставить Страховщику заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 10 настоящих Правил. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного при обращении их за страховой выплатой;

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

9.5.2. при получении страховой документации удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;

9.5.3. соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, в том числе распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.5.4. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

9.5.5. при утрате страхового полиса и/или сервисной карты незамедлительно извещать об этом Страховщика;

9.5.6. своевременно сообщать Страховщику об изменении Личных данных. В том числе фамилии, фактического места жительства, банковских реквизитов для получения страховой выплаты и т.п.;

9.5.7. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

9.5.8. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы, исследования и т.п., а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима и т.п.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. знакомить Страхователя с Правилами страхования;

9.6.2. выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы / документы и/или сервисные карты установленной формы с приложением настоящих Правил (или

выдержки из них) в согласованный со Страховщиком или установленный Договором страхования срок, если выдача таких документов предусмотрена Договором страхования, либо если Договор заключается в форме выдачи полиса;

9.6.3. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования;

9.6.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 61 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только с разрешения Застрахованных;

9.6.5. составить страховой акт либо известить Страхователя в письменной форме об отказе в страховой выплате с обоснованием причин отказа в течение 30 (тридцати) дней с момента получения документов, перечисленных в п. 10.2.5 настоящих Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования;

10. ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Общие положения:

10.1.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату Застрахованному или, по его поручению, стороне, оказавшей медицинские и прочие услуги, предусмотренные Договором страхования, в соответствии с условиями Договора страхования и его приложениями.

10.1.2. Страховая выплата может быть произведена Страховщиком, или по поручению Страховщика – ассистанской компанией, перестраховщиком или внешним администратором - наличными деньгами из кассы, почтовым переводом или по безналичному расчету путем перечисления на банковский счет получателя страховой выплаты, или иным способом по согласованию сторон, в валюте, предусмотренной Договором страхования в соответствии с действующим законодательством.

10.1.3. Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке, дата оформления почтового перевода или выдачи их наличными из кассы. Перевод выплаты по почте, телеграфу или на банковский счет получателя осуществляется за счет средств Страховщика, если в Договоре страхования не указано иное.

10.1.4. В случае если Договором страхования установлены отдельные страховые суммы или лимиты по отдельным рискам, сумма страховых выплат по отдельному риску не может превышать размер страховой суммы по этому риску.

10.1.5. В случае если Договором страхования установлена агрегированная (единая) со страховыми суммами по другим рискам страховая сумма, то после осуществления страховой выплаты, размер страховой суммы, установленный Договором страхования, уменьшается на величину произведенной выплаты. Сумма страховых выплат по Договору страхования с агрегированной страховой суммой не может превышать размер страховой суммы, установленной Договором страхования.

10.1.6. Размер убытка и страховой выплаты определяется Страховщиком на основании документов, полученных от Страхователя, Застрахованного, или, по поручению Страховщика - внешним администратором, ассистанской компанией, перестраховщиком, другой стороной, назначенной Страховщиком на основании экономических и бухгалтерских материалов и расчетов, учетных документов, счетов и квитанций, заключений и расчетов медицинских учреждений, сервисных компаний, юридических, консультационных и других специализированных фирм (при наличии у них соответствующей лицензии).

10.1.7. При необходимости Страховщик имеет право запросить сведения, связанные со страховым случаем у правоохранительных органов, медицинских учреждений, сервисных компаний, других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять

причины и обстоятельства страхового случая.

10.1.8. Условиями Договора страхования по соглашению Сторон может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанных с получением Застрахованными медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой страхования (франшиза).

Размер страховой выплаты устанавливается с учетом вида и размера франшизы, предусмотренной Договором страхования.

10.1.8.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, если их размер не превышает франшизу.

10.1.8.2. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

10.1.8.3. Условная/безусловная франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

10.1.8.4. При установлении в Договоре страхования (полисе) временной франшизы (моратория, периода экспертизы) Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если страховой случай наступил в период ее действия, и убыток подлежит возмещению полностью, если страховой случай наступил по истечении временной франшизы (моратория, периода экспертизы).

Временная франшиза определяется по соглашению сторон при заключении Договора страхования в абсолютной величине (днях, месяцах).

10.1.9. В случае возникновения споров между сторонами о причинах и размере ущерба каждая из сторон имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет стороны, потребовавшей ее проведения.

Если результатами экспертизы будет установлено, что отказ Страховщика в выплате возмещения был не обоснованным, Страховщик принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, в выплате которой было первоначально отказано, и суммы возмещения, выплаченной после проведения экспертизы.

Расходы на проведение экспертизы по случаям, признанным после ее проведения нестраховыми, относятся на счет Страхователя (Застрахованного).

10.1.10. Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового возмещения в случае:

10.1.10.1. возникновения споров в правомочности Страхователя (Застрахованного) на получение страхового возмещения – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;

10.1.10.2. если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, соответствующими органами внутренних дел возбуждено уголовное дело, начат судебный процесс или проводится административное расследование против Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) или его уполномоченных лиц, а также ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению убытка – до момента завершения расследования (процесса) или судебного разбирательства и установления невиновности Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

10.1.11. Расходы в целях уменьшения убытков от страхового случая, если такие расходы были необходимы или были произведены по указанию Страховщика, возмещаются Страховщиком и определяются на основании документов, подтверждающих такие расходы.

10.1.12. Для принятия решения об осуществлении страховой выплаты в Договоре страхования может быть установлен расширенный Перечень документов, необходимых Страховщику. В зависимости от обстоятельств страхового случая перечень документов может быть сокращен Страховщиком.

10.1.13. Все документы предоставляются на языке, предусмотренном Договором страхования. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от

руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

10.2. Порядок страховой выплаты:

10.2.1. Возмещение расходов производится оплатой услуг, оказанных Застрахованному, и (или) понесенных им расходов в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному, лечебному учреждению или сервисной компании, выполнявшей по поручению Страховщика обязанности внешнего администратора, и оплатившей эти расходы при отсутствии спора о том, имел ли место страховой случай, а также при отсутствии спора о наличии у Застрахованного права на получение страхового возмещения и обязанности Страховщика его возместить, причинной связи между страховым случаем и возникшим ущербом.

10.2.2. Порядок действий Застрахованного при возникновении страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования и его приложениями:

10.2.2.1. При возникновении страхового случая, Застрахованный может обратиться на медицинский пулть Страховщика, в сервисную компанию или специализированный сервисный центр Страховщика по телефону, указанному в Договоре страхования / страховом полисе / сервисной карте и проинформировать диспетчера о случившемся, сообщив при этом данные страховых документов.

Если иное не предусмотрено договором страхования, расходы на переговоры с Сервисной компанией или специализированным сервисным центром возмещаются Застрахованному при предъявлении подтверждающих документов.

При обращении Застрахованного на медицинский пулть Страховщика или к внешнему администратору, Страховщик или внешний администратор (специализированный сервисный центр) организуют оказание Застрахованному необходимых медицинских, медико-транспортных и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а также оплачивают расходы Застрахованного в соответствии с Договором страхования.

В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик, или по его поручению внешний администратор, сервисная компания или медицинское учреждение оказывают содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение.

10.2.3. За получением амбулаторных медицинских, фармацевтических, стоматологических и прочих услуг, предусмотренных программой страхования, Застрахованный может обратиться непосредственно в лечебное учреждение. В последствие Страховщик или назначенная им сторона компенсирует Застрахованному понесенные расходы в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и Договором страхования.

10.2.4. За получением **иных услуг** (в том числе репатриации, транспортировки Застрахованного, стационарной, реабилитационно-восстановительной, скорой, неотложной и пр. помощи) Застрахованный обязан обратиться на пулть Страховщика, в сервисную компанию (сервисный центр), к внешнему администратору. В противном случае полученные медицинские услуги впоследствии могут быть признаны нестраховыми.

10.2.5. В случае если Застрахованный обратился за получением услуг, указанных в п. 10.2.3 самостоятельно обратился в лечебное / аптечное/ медицинское и пр. учреждение, оплатив услуги непосредственно в кассу или перечислив деньги безналичным путем, впоследствии, при предъявлении необходимого комплекта документов (см. п. 10.2.4. настоящих Правил), он должен обратиться к Страховщику или третьей стороне по поручению Страховщика (перестраховщику, внешнему администратору и т.п.) за страховой выплатой в пределах лимитов, предусмотренных его программой страхования (Договора страхования). В этом случае Застрахованный или его законный представитель должен в предусмотренные Договором страхования сроки в письменной форме заявить Страховщику

(или назначенной по его поручению третьей стороне – внешнему администратору, перестраховщику и т.п.) о случившемся и представить следующие документы:

10.2.5.1. Заявление на страховую выплату по установленной страховщиком форме, подписанное врачом, оказавшим медицинские услуги;

10.2.5.2. Договор страхования (полис, сервисную карту) или их ксерокопию;

10.2.5.3. оригинал / заверенную копию справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате;

10.2.5.4. оригиналы / заверенную копию выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;

10.2.5.5. оригинал / заверенную копию направления, выданного врачом, на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;

10.2.5.6. . оригинал / заверенную копию документов, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег, кассовый чек, подтверждение банка о перечислении суммы и т.п.)

10.2.5.7. другие документы, по требованию Страховщика или по его поручению третьей стороны, а также документы, предусмотренные Договором страхования.

Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке по требованию Страховщика должны быть переведены на язык Договора и заверены, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.2.6. В этом случае сумма страховой выплаты определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских учреждениях, указанных в программе страхования в пределах лимитов и сублимитов, предусмотренных программой страхования (Договором страхования).

Для возмещения вышеперечисленных расходов Застрахованному Страховщик принимает от Застрахованного или его законного представителя только оплаченные счета.

10.2.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования и его приложениями, Заявление на получение страховой выплаты и документы, указанные в п.10.2.5., должны быть предоставлены Страховщику в течение 6 месяцев с момента оказания услуги (наступления страхового случая).

10.2.8. Страховая выплата в виде возмещения понесенных Застрахованным расходов производится Страховщиком после получения всех запрошенных документов, а при необходимости и их нотариально заверенных переводов в течение срока установленного Договором страхования, но не более чем 90 рабочих дней с момента их получения.

10.2.9. Общий порядок страховой выплаты и расчет суммы страховой выплаты предусмотрен п.10.1 настоящих Правил.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Все споры и разногласия, которые возникнут между Сторонами Договора страхования разрешаются в течение 30 (Тридцати) дней с момента получения письменной претензии.

11.2. В случае если Стороны не пришли к соглашению, все споры передаются на рассмотрение суда общей юрисдикции по месту нахождения ответчика.

12. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по медикаментозному обеспечению.

Выгодоприобретатель – лицо, указанное в полисе/договоре страхования Застрахованным/Страхователем, в случае его отсутствия – законные наследники застрахованного.

Внешний администратор - означает любую третью сторону, назначенную Страховщиком (его представителем) в качестве вспомогательного звена с целью урегулирования страховых случаев по Договорам страхования в соответствии с условиями настоящего Договора, в том числе, ассистанские компании, офисы урегулирования, медицинские пульты и т.п.

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

Лечебное учреждение – имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, на территории Российской Федерации и за ее пределами, оказывающие в соответствии с Договором со Страховщиком и по его поручению третьей стороной компанией лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги) и иную помощь, предусмотренную Договором страхования

Место жительства – место, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного:

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до ближайшего медицинского учреждения на территории РФ и за ее пределами;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ и за ее пределами по медицинским причинам (по предписанию врача);

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного медицинского учреждения на территории РФ и за ее пределами.

Сервисные компании (внешние администраторы) - имеющие лицензию сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие Договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

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

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

Страховая сумма - определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и исходя из которой определяется размер страхового вноса.

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

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховщик - юридическое лицо, получившее лицензию для осуществления страховой деятельности.

Территория страхования (географическая зона) – территория, в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по страховой выплате.

Услуги по репатриации:

- Застрахованного, из страны пребывания, адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшего медицинского учреждения в стране постоянного проживания или гражданства для получения медицинской помощи;

- останков до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный.

Приложение № 4
к Правилам страхования медицинских и иных расходов физических лиц

Тарифные ставки
по страхованию непредвиденных расходов физических лиц
(при сроке страхования 1 год)

Коллективы от 5 чел. (работников) или от 20 чел. (работников и родственников)

Ставка ежегодного платежа
в %% от страховой суммы

Франшиза (в %% от страховой суммы по программе страхования)	Территория II	Территория I (США)
0	0,0502305	0,142662
0,003125%	0,04632	0,1373685
0,006250%	0,042819	0,132339
0,0125%	0,037878	0,1230735

Коллективы до 10 чел. (работников) или до 20 чел. (работников и родственников)

Ставка ежегодного платежа
в %% от страховой суммы

Франшиза (в %% от страховой суммы по программе страхования)	Территория II	Территория I (США)
0	0,0432	0,09555
0,003125%	0,03975	0,0921
0,625000%	0,03675	0,08865
0,0125%	0,0324	0,0825

В зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска, к настоящим тарифным ставкам могут быть применены понижающие (от 0,01 до 0,99) и повышающие (от 1,01 до 10,00) коэффициенты.