медэкспресс

Приложение №2 к приказу №26 от 15.03.2023 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Президент САО «Медэкспресс»
_____ Е.Н. Дубенский
«20» марта 2023 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Санкт-Петербург
2023 г.

1.Общие положения, Субъекты страхования
2.Объект страхования
3.Страховой случай и страховой риск
4.Страховая сумма. Страховой тариф, страховые премии.
5.Порядок заключения, исполнения и прекращения действия договора страхования
6.Увеличение страхового риска
7.Права и обязанности сторон
8.Порядок и условия осуществления страховой выплаты
9.Порядок внесения изменений и рассмотрения претензий по договору страхования
10.Приложения: Образцы используемой страховой документации.
Приложение 1 Анкета юридического лица
Приложение 2 Анкета физического лица
Приложение 3 Медицинская анкета ребенка (от 4 до 17 лет)
Приложение 4 Медицинская анкета ребенка (от рождения до 3 лет)
Приложение 5 Договор добровольного медицинского страхования с юридическим лицом
Приложение 6 Договор добровольного медицинского страхования с физическим лицом
Приложение 7 Список застрахованных к договору страхования
Приложение 8 Образец страхового полиса
Приложение 9 Страховые тарифы

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат стандартные условия, на которых Страховое акционерное общество «Медэкспресс» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее - Договор страхования). В рамках настоящих Правил САО «Медэкспресс» осуществляет добровольное медицинское страхование, относящиеся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование.

При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

В случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил при заключении договора страхования.

1.СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Страховщик - страховое акционерное общество «Медэкспресс».

Страхователи физические лица - дееспособные граждане, заключающие договоры страхования в свою пользу и в пользу третьих лиц.

Страхователи юридические лица - предприятия, организации и т.п. любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц.

Застрахованные - физические лица, в чью пользу заключены договоры страхования страхователями.

1.2. Не заключаются договоры в отношении лиц, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИД, ВИЧ-инфекции, ВИЧ ассоциированных заболеваний. Заключенные в отношении таких лиц договоры страхования признаются недействительными, если Договором страхования не предусмотрено иное.

1.3. Страхователь, заключая договор страхования, а так же Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Указанное согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 10 (десяти) лет после окончания срока действия договора страхования, или же в течение 5 (пяти) лет с момента вынесения судебного решения, имевшего место в результате возможного спора сторон относительно возмещения убытков, возникших в период действия договора страхования, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи Страхователем/Застрахованным соответствующего письменного заявления Страховщику по его адресу, не менее чем за 30 календарных дней до даты отзыва согласия.

Страхователь (Застрахованный), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, подтверждает, что он проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, о праве на получение сведений об операторах персональных данных, праве на

ознакомление с персональными данными, праве требовать уточнения персональных данных, блокирования или уничтожения персональных данных в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными. Также Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что Страховщик предоставил ему информацию о своем наименовании и адресе, о целях обработки персональных данных, их правовых основаниях, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта персональных данных.

1.4. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским организациям, где Страхователь (Застрахованное лицо) получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну (далее-врачебная тайна). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с действующим законодательством.

2.ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3.СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И СТРАХОВОЙ РИСК

3.1.Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступление которого производится страхование.

3.2.Страховым случаем является:

3.2.1. обращение Застрахованного в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования, в период его действия за получением медицинской помощи: лечебной (включая лекарственное обеспечение), диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической (включая иммунопрофилактическую), и иной, в соответствии с условиями Договора страхования, повлекшее за собой обязательства Страховщика произвести оплату:

- предъявленного медицинским учреждением Страховщику счета на оплату медицинских и иных услуг оказанных застрахованному в соответствии с Договором страхования;

- расходов застрахованного (в случае самостоятельной оплаты застрахованным медицинских и иных услуг оказанных ему в соответствии с Договором страхования).

3.2.2.обращение Застрахованного в период действия Договора страхования в соответствии с программой страхования в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных договором страхования, если это обращение согласовано со Страховщиком.

Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

3.3.Страховым случаем не является обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

-В связи с лечением заболеваний и состояний, спровоцированных или явившихся следствием установленного путём медицинского освидетельствования алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;

-В связи с преодолением последствий травм и/или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода добровольного медицинского страхования в САО «Медэкспресс»;

-В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;

-В связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

-В связи с актами терроризма;

-В связи с воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

-В связи с военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями

-Не предусмотренных договором страхования.

4.СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВЫЕ ПРЕМИИ

4.1Страховой суммой является предельный уровень страховых выплат по договору, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных конкретной Программой, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования.

4.2. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно (по всем страховым случая суммарно).

4.3 Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования.

Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Размер страховой премии, уплачиваемой Страхователем по договору страхования, определяется в зависимости от выбранной Программы, страховой суммы, численности застрахованных, срока страхования, возраста Застрахованных, результата медицинского анкетирования и других существенных обстоятельств и исчисляется исходя из страхового тарифа по данной Программе.

4.4Страховая премия вносится Страхователем единовременно, если Договором страхования не предусмотрено иного.

4.5Страховые премии могут быть внесены:

a)путем безналичного расчета - перечислением на расчетный счет Страховщика;

b)наличными деньгами - в кассу Страховщика.

5.ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1.Заключение договора страхования

5.1.1.Для заключения договора страхования Страхователь выражает свои намерения устно или подает письменное заявление.

5.1.2.Договор страхования может заключаться:

–без предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного;

–после предварительного анкетирования Застрахованного;

–после предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного

В случае отказа Застрахованного от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

5.1.3.Страхователи - юридические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

-наименование;

-идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее - КИО);

-государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО);

-дата и место государственной регистрации;

-наименование регистрирующего органа;

-адрес местонахождения (юридический адрес);

-фактический адрес;

-почтовый адрес;

-бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица ниже);

-единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц ниже);

-резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);

а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

5.1.4.Страхователи - индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

-фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);

-гражданство;

-дата и место рождения;

-реквизиты документа, удостоверяющего личность;

-данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;

-адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;

-идентификационный номер налогоплательщика;

-государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);

-дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);

-наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);

-адрес местонахождения;

-адрес места регистрации;

-почтовый адрес;

а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

5.1.5.Страхователи – физические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

-фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);

-гражданство;

-дата и место рождения;

-реквизиты документа, удостоверяющего личность;

-данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;

-адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;

-идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

-бенефициарный владелец.

5.1.6.Страховщик вправе сократить указанный в пунктах 5.1.3.-5.1.5 перечень.

5.1.7.Срок действия договора страхования 1 год, если договором не предусмотрено иного.

5.1.8.Территория действия договора страхования определяется в договоре страхования.

5.1.9.Договор страхования вступает в силу в соответствии с условиями, изложенными в Договоре страхования.

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

5.1.10.Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

5.1.11.Страховщик выдает Застрахованным страховые полисы и/или страховые карточки после оплаты договора страхования.

Страховой полис и/или страховая карточка является документом, подтверждающим факт того, что его обладатель является застрахованным по договору страхования. Медицинские услуги в рамках договора страхования оказываются застрахованному только при предъявлении им страхового полиса и/или страховой карточки.

В случае утери страхового полиса и/или страховой карточки в период действия договора Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченный страховой полис и/или страховая карточка считается недействительным и никакие медицинские услуги, оказанные при его предъявлении, Страховщиком не оплачиваются. Взамен утраченного полиса и/или страховой карточки на основании письменного заявления, Застрахованному выдается дубликат.

5.1.12. В Договоре страхования указываются:

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя;

-численность Застрахованных;

-программа(ы) страхования;

-перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованных;

-страховая сумма;

-срок действия Договора страхования;

-размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;

-права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме.

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

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя (для физических лиц - реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, ИНН (при наличии);

-фамилия, имя, отчество Застрахованного;

-программа страхования;

-перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;

-страховая сумма;

-срок действия Договора страхования;

-размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;

-права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

5.1.13.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.

5.2.Порядок прекращения действия договора

5.2.1.Действие договора страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на оплату Страховщиком оказанных ему медицинских услуг по договору в случае:

a)истечения срока действия договора страхования;

b)смерти Застрахованного;

c)исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме перед Страхователем (Застрахованным) - оплаты оказанной Застрахованному медицинской помощи в размере страховой суммы (максимальной ответственности Страховщика), оговоренной в п.4.1. настоящих Правил;

d)по требованию (инициативе) Страхователя - в случае нарушения Страховщиком настоящих Правил;

e)по соглашению сторон;

f)ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

g)принятия судом (арбитражным судом) решения о признании договора страхования недействительным;

h)в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

5.2.2. При отказе Страхователя (физического лица) от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования и до даты начала действия срока страхования, предусмотренного договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

5.2.3. При отказе Страхователя (физического лица) от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования, но после начала даты начала срока страхования, предусмотренного договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной Страхователем премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

5.2.4. В случаях, указанных в.п.5.2.2. и п. 5.2.3. настоящих Правил договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя (физического лица) об отказе от договора страхования. В случаях предусмотренных настоящим пунктом оплаченная страховая премия (часть страховой премии) подлежит возврату Страхователю по выбору последнего наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

5.2.5.При досрочном расторжении договора страхования по требованию Страхователя, за исключением случаев, предусмотренных п.5.2.2. и п.5.2.3. настоящих Правил, Страховщик возвращает ему страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов в размере 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.2.6.Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования, Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы.

Страховщик имеет право расторгнуть досрочно Договор Страхования при не поступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования

6.УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

6.1.В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования (Страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах.

6.2.Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, ЛПУ, иным лицом) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (хронические заболевания, инвалидность, другие обстоятельства, если они указаны в Договоре страхования, анкете Страхователя/Застрахованного или медицинской документации), вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

6.3.При неисполнении Страхователем либо Застрахованным обязанности, указанной в пункте 6.1, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (пункт 5 статьи 453 Гражданского Кодекса Российской Федерации).

7.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Обязательства Страховщика и Страхователя отражаются в Договоре страхования, заключаемом сторонами на основе настоящих Правил.

7.1.1. Права и обязанности Страхователя:

Страхователь имеет право:

-изменять по согласованию со Страховщиком в течение срока действия настоящего Договора программу страхования или иные условия настоящего Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к настоящему Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для настоящего Договора страхования.

7.1.2. Страхователь обязан:

- уплачивать своевременно и в полном объеме обусловленные настоящим Договором страховые взносы;

- довести до сведения Застрахованных условия настоящего Договора, Правила страхования и программы страхования,

- предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;

- обеспечить сохранность документов по договору страхования.

7.2.Права обязанности Страховщика:

7.2.1. Страховщик имеет право:

-проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящего Договора страхования;

-Страховщик оставляет за собой право получать документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового случая, в компетентных органах, а также проверять подлинники медицинских документов в медицинских учреждениях;

-в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий Договора страхования.

7.2.2.Страховщик обязан:

-ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

-выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы и/или страховые карточки установленной формы;

-обеспечивать организацию и оплату медицинской помощи Застрахованным при наступлении страховых случаев в соответствии с Правилами страхования и условиями настоящего Договора,

-контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи оказанной Застрахованному в соответствии с его программой страхования,

-обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) в соответствии со ст.79 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Информация об обращении Застрахованного за медицинской помощью и ее объеме, может быть представлена Страхователю только при наличии письменного согласия Застрахованного.

7.2.3. Обязательство Страховщика по страховой выплате возникает при подтверждении экспертами Страховщика факта наступления страхового случая на основании соответствующей медицинской документации (выписка из истории болезни) и платежных документов (счета), представленных Страховщику медицинским учреждением.

7.3.Действия Застрахованного при наступлении страхового случая

7.3.1.При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в круглосуточную диспетчерскую службу Страховщика по телефону или в медицинское учреждение из числа указанных в Программе страхования, в соответствии с условиями Договора страхования.

При обращении в медицинское учреждение при наступлении страхового случая Застрахованный представляет страховой полис и/или страховую карточку и документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

7.3.2.Если при наступлении страхового случая, Застрахованному была оказана (оказывается) медицинская помощь по жизненным показаниям в ином медицинском учреждении, Застрахованный или его родственники сообщают об этом Страховщику любым доступным образом в наиболее короткие сроки.

7.3.3.Застрахованный обязан соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

7.3.4.При невозможности оказания услуг Застрахованному в медицинском учреждении, из числа предусмотренных Договором страхования, в связи с особенностями течения страхового случая, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. Выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

7.3.5.В случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования, в течение действия данного договора, Страховщик имеет право исключить данное учреждение из программы страхования.

8.ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1.Страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам.

8.2.Оплата стоимости медицинской помощи осуществляется на базе договора в письменной форме, заключенного в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.3.Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской или иной помощи Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию

(фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление установленного образца с приложением:

-оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,

-оплаченного счета с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,

-направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного,

-иные документы, предусмотренные Договором страхования.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских услуг. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

8.4.В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы.

Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.

Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная программой страхования, оказывается за счет Застрахованного и оплате Страховщиком не подлежит.

Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению.

8.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

8.5.1.в случае, если обращение в медицинскую организацию не было согласовано со Страховщиком (исключая ситуации, когда Застрахованный по медицинским показаниям не имел возможности выполнить данное обязательство), если Договором страхования не предусмотрено иное ;

8.5.2.в случае, если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования и до момента исчезновения угрозы жизни страхователя/застрахованного лица, но, в любом случае, не более 15 календарных дней после окончания срока действия договора;

8.5.3.если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

8.5.4.в случае нарушения Застрахованным сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

8.5.5.в случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.5.6.в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской федерации, договором (программой) страхования.

8.6.Во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

9.ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И РАССМОТРЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1.Все дополнения и изменения в договор страхования могут быть внесены только по письменному соглашению сторон.

9.2.Все споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением, при необходимости, специально созданной экспертной комиссии. Срок ответа на претензию устанавливается в 15 дней.

При не достижении соглашения или не получении ответа на претензию в установленный срок, спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

9.3.По вопросам, не отраженным настоящими Правилами или договором страхования, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.