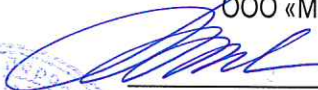


«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
ООО «МСК «ИНКО-МЕД»


Т.Н. Москалева

Приказ № 23/2020 от «07» февраля 2020 г.



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(редакция 1.1.)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью «Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор страхования или договоры страхования).
- 1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (далее - Программа) и обеспечивает оплату 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.

Предоставление и финансирование медицинской помощи (включая медико-транспортные услуги) иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации, в рамках медицинского страхования осуществляется в соответствии с договором добровольного медицинского страхования и размером фактически выплаченного страхового взноса, но в объеме не меньшем, чем предусмотрено минимальным перечнем медицинских услуг (включая медико-транспортные услуги), оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 1.3. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
- 1.4. Отношения, возникающие при добровольном медицинском страховании, не урегулированные настоящими Правилами и договором страхования, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают: Страхователь, Застрахованное лицо (Застрахованный), Страховщик, Медицинские организации.
- 2.2. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД», имеющее право осуществлять добровольное медицинское страхование на основании лицензии, выданной органом страхового надзора.
- 2.3. **Страхователями** при добровольном медицинском страховании могут быть дееспособные физические лица, а также юридические лица и индивидуальные предприниматели.
- 2.4. **Застрахованный** - названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованным, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

Застрахованными не могут быть лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и связанные с ними осложнения:

- психические и психоневрологические расстройства, расстройства поведения, туберкулез, кожно-венерические заболевания, наркологические заболевания, ВИЧ-инфекция, СПИД;

- онкологические заболевания и системные заболевания крови;

- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки - в случае возникновения эпидемии и/или объявления карантина;

- аномалии развития и хромосомные нарушения.

2.5. К медицинским организациям относятся имеющие лицензии на соответствующие виды медицинской и фармацевтической деятельности:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

4. СТРАХОВОЙ РИСК

4.1. Страховым риском в соответствии с настоящими Правилами является вероятное событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого Страховщик осуществляет страховую выплату в пользу Застрахованного лица в соответствии с Программой, предусмотренной договором страхования.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого Страховщик осуществляет страховую выплату в пользу Застрахованного лица в соответствии с Программой и Перечнем медицинских организаций, предусмотренным договором страхования.

Не является страховым случаем событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого Страховщик не производит страховую выплату в пользу Застрахованного лица в соответствии с Программой и Перечнем медицинских организаций, предусмотренным договором страхования.

5.2. Страховщик осуществляет страховую выплату в пользу Застрахованного лица в объеме медицинской помощи (медицинских услуг), определенных Программой, являющейся неотъемлемой частью договора страхования, а также в соответствии с перечнем медицинских организаций и на условиях, предусмотренных договором страхования.

Медицинская помощь - медицинская и лекарственная помощь (медицинские услуги) и иные услуги вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

5.3. Договор страхования может быть заключен на условиях осуществления в пользу Застрахованного лица страховой выплаты при возникновении страхового случая в соответствии с приведенными в Приложении 5 к настоящим Правилам:

5.3.1. Программой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (расширенная);

5.3.2. Программой стационарной медицинской помощи (расширенная);

- 5.3.3. Программой комплексной медицинской помощи (расширенная), объединяющей Программы, предусмотренные подпунктами 5.3.1., 5.3.2. настоящих Правил;
- 5.3.4. Программой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- 5.3.5. Программой стационарной медицинской помощи;
- 5.3.6. Программой неотложной медицинской помощи;
- 5.3.7. Программой стоматологической медицинской помощи;
- 5.3.8. Программой Антиклещ;
- 5.3.9. Программой комплексной медицинской помощи 1, объединяющей Программы, предусмотренные подпунктами 5.3.4., 5.3.5., 5.3.6. настоящих Правил;
- 5.3.10. Программой комплексной медицинской помощи 2, объединяющей Программы, предусмотренные подпунктами 5.3.4., 5.3.5., 5.3.6., 5.3.7. настоящих Правил;
- 5.4. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме обязательств Страховщика путем определения Программы, перечня медицинских организаций и иных условий предоставления медицинской помощи.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

- 6.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату, и, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии.
- 6.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.
- 6.3. Страховая сумма может предусматривать предельный уровень страховых выплат по конкретной Программе или по совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках Программы либо договора страхования.
- 6.4. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить Программу страхования и перечень медицинских организаций, а также иные условия предоставления медицинской помощи, подписав со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования, с соответствующим пересчетом страховой премии за неистекший срок действия договора страхования.

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь (Застрахованное лицо) обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
- 7.2. При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования, выбранной Страхователем Программы, медицинских организаций, срока страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования.

Страховой тариф по договору страхования определяется по соглашению сторон.

Размер страховой премии исчисляется путем умножения страхового тарифа на страховую сумму.

При заключении Договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия Договора.

- 7.3. Если иное не установлено в договоре страхования Страховщик вправе изменить размер

страховой премии в случае изменения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования.

- 7.4. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами представителю Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика по безналичному расчету. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) по безналичному расчету считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, при расчете наличными денежными средствами – день поступления денежных средств в кассу Страховщика.

Форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

- 7.5. В случае неуплаты очередного страхового взноса в оговоренные договором страхования сроки Страховщик вправе расторгнуть договор страхования с даты, когда должен был быть внесен просроченный страховой взнос.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. Договор медицинского страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовывать и оплачивать оказание медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в объеме и с качеством, предусмотренными программами добровольного медицинского страхования.

Договор страхования заключается на основании Заявления на страхование по установленному образцу (Приложение 2 к настоящим Правилам), подписанного Страхователем и врученного Страховщику или его представителю.

- 8.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах)¹;
- о характере события (страхового случая), на случай наступления которого осуществляется страхование;
- о Программе и перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным лицам;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия Договора.

- 8.3. Заключая договор страхования, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных, по договору страхования, лиц на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинской помощи и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, выявления

¹ В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному в соответствии с пунктом 9.2.5. настоящих Правил устанавливается соответствующая категория:

группа здоровья I – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания; без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем;

группа здоровья II – практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющее обострений в течение нескольких лет;

группа здоровья III – больные, нуждающиеся в лечении, лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями нетрудоспособности;

группа здоровья IV – больные, нуждающиеся в лечении, лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности;

группа здоровья V – больные, нуждающиеся в лечении, лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских и иных организаций и др.

Под персональными данными в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские и иные организации.

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

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

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

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

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

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

- 8.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме, путем составления Договора страхования (Приложение 3 к настоящим Правилам), подписанного сторонами, и (или) вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (Приложения 4, 5 к настоящим Правилам), подписанного сторонами или только Страховщиком. К договору страхования (страховому полису) прилагается Программа, перечень медицинских организаций и, при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами договора (пропуск в медицинскую организацию, регистрационная карта² и пр.).

Соглашения об изменении и расторжении договора страхования оформляются путем составления единого документа, обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, телефонной, телефаксной, электронной и иной связи.

- 8.5. Если договором страхования не предусмотрено иное, договор страхования вступает в силу с момента оплаты Страхователем страховой премии или ее первого страхового взноса и действует в течение согласованного сторонами срока.

Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, и их оплату медицинской организации Страховщиком наступает с момента вступления договора страхования в силу.

² Под регистрационной картой понимается страховой медицинский полис.

- 8.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

- 8.7. Для получения предусмотренных Программой медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, указанную в договоре страхования, или дополнительно письменно согласованную со Страховщиком.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинских и иных услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) медицинской организации по ее счетам. Оплата медицинских и иных услуг, оказанных медицинскими организациями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией. Перечисление производится после получения от медицинских организаций счетов с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем видам медицинских и иных, оказанных Застрахованному лицу в пределах Программы, предусмотренной договором страхования.

- 8.8. Для получения предусмотренных Программой медицинских и иных услуг Застрахованное лицо также может с предварительного письменного согласия Страховщика обратиться в любую медицинскую организацию, не указанную в договоре страхования, и самостоятельно оплатить предусмотренные Программой медицинские и иные услуги.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его расходов на получение медицинских и иных услуг на основании предъявленных документов, подтверждающих произведенные Застрахованным лицом расходы. Объем такой выплаты определяется договором страхования.

- 8.9. Отношения Страховщика с медицинской организацией регулируются договором.

- 8.10. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую организацию предъявляет страховой полис (при коллективном медицинском страховании – регистрационную карту), выданный(ую) Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

- 8.11. Договор страхования прекращается в случаях:

8.11.1 истечения срока его действия;

8.11.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме (выплаты полной страховой суммы);

8.11.3. смерти Застрахованного лица;

8.11.4. по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, а также в случаях, предусмотренных пунктом 9.5.3 Правил, если договором страхования не установлено иное;

8.11.5. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, договором страхования и/или Программой.

- 8.12. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя, а также по соглашению сторон в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО И СТРАХОВЩИКА

9.1. Страхователь имеет право:

- 9.1.1. требовать от Страховщика организации и оплаты медицинских и иных услуг либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить страховую сумму, изменить Программу, выбранную Страхователем, или перечень медицинских организаций, заключив со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии;
- 9.1.3. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы.
- 9.1.4. один раз в течение действия договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования.
- 9.1.5. досрочно прекратить договор страхования;
- 9.1.6. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.2. Страхователь обязан:

- 9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию о Застрахованном лице;
- 9.2.2. в пределах своей компетенции по требованию Страховщика принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных лиц;
- 9.2.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;
- 9.2.4. доплатить по требованию Страховщика страховую премию в случае увеличения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования;
- 9.2.5. передать Застрахованному лицу необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному лицу условия договора страхования;
- 9.2.6. обеспечить возврат Страховщику страховых полисов, регистрационных карт, пропусков в медицинские организации лиц, исключаемых из списка Застрахованных.
- 9.2.7. немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

9.3. Застрахованное лицо имеет право:

- 9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинских и иных услуг и их оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.3.2. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного оказания медицинских и иных услуг;

- 9.3.3. при утрате регистрационной карты, пропуска в медицинскую организацию, других страховых документов получить их дубликат;
- 9.3.4. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.
- 9.4. Застрахованное лицо обязано:
 - 9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинских и иных услуг, предусмотренный Программой;
 - 9.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинских и иных услуг, а также распорядок, установленный медицинской организацией;
 - 9.4.3. не передавать страховой полис и Программу другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;
 - 9.4.4. немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;
 - 9.4.5. при утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;
 - 9.4.6. заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинской организации;
 - 9.4.7. уплачивать страховую премию (страховые взносы), если это предусмотрено Договором страхования.
 - 9.4.8. в случае, если Застрахованное лицо заинтересовано в осуществлении Страховщиком контроля качества его лечения, выдать Страховщику доверенность на право ознакомления с документами, составляющими сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.
- 9.5. Страховщик имеет право:
 - 9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного лица информацию, в том числе проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица;
 - 9.5.2. до заключения договора страхования потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя;
 - 9.5.3. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские и иные услуги при условии соответствующего перерасчета страховой премии;
 - 9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного лица, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных пунктами 9.4.1., 9.4.2. и 9.4.7. Правил, и такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика.
- 9.6. Страховщик обязан:
 - 9.6.1. своевременно предоставить Страхователю страховой полис, регистрационные карты, другие информационные документы, предусмотренные договором страхования.
 - 9.6.2. выдать Застрахованному лицу по его письменному заявлению дубликат регистрационной карты и других информационных документов, предусмотренных договором страхования в случае их утраты Застрахованным лицом;

- 9.6.3. организовать оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг и оплатить их либо только оплатить согласно условиям договора страхования;
- 9.6.4. обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных лиц;
- 9.6.5. соблюдать конфиденциальность в отношении сведений о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении, полученных им в результате своей профессиональной деятельности.
- 9.7. Страхователь, Застрахованное лицо, Страховщик могут иметь другие права и обязанности, установленные действующим законодательством Российской Федерации и договором страхования.

10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ И СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 10.1. При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинских и иных услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию по ее счетам.
- 10.2. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинских и иных услуг) на базе следующих методов которые вправе применять медицинские организации:
 - 10.2.1. за отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинской организацией и связанные с предоставлением указанных медицинских услуг (далее - сервисные услуги);
 - 10.2.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному лицу;
 - 10.2.3. по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;
 - 10.2.4. иных методов, предложенных медицинскими и иными организациями.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 11.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:
 - 11.1.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 11.1.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
 - 11.1.3. в связи с покушением на самоубийство;
 - 11.1.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.
- 11.2. Страховщик освобождается от страховых выплат, если страховой случай наступил вследствие:
 - 11.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 11.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - 11.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 11.3. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, полученную по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не указанных в договоре страхования или дополнительно письменно не согласованных со Страховщиком.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если договором страхования не установлена договорная подсудность.

12.2. В соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее — Федеральный закон № 123-ФЗ) споры, возникшие из договоров страхования, заключенных на условиях настоящих Правил с физическими лицами, либо в их пользу, либо в пользу лиц, которым оказывается финансовая услуга в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности (потребителями), предметом которых является выплата денежных сумм в пределах суммы, которая установлена ст. 15 Федерального закона № 123-ФЗ, подлежат рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, если с момента когда Страхователь (Выгодоприобретатель) узнал или должен был узнать о нарушении своего права прошло не более трех лет.

Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления обращения финансовому уполномоченному направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме. Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в соответствии с положениями Федерального закона № 123-ФЗ в электронной форме по стандартной форме, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;
- в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя), а при его отсутствии по почтовому адресу.