УТВЕРЖДЕНО
Генеральным директором
ЗАО «СК БЛАГОСОСТОЯНИЕ»
Д.А. Максимовым

«13» февраля 2015 года

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ (С УЧАСТИЕМ СТРАХОВАТЕЛЯ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА)

Оглавление:

1. Терминология 2
2. Субъекты страхования 4
3. Объект страхования 4
4. Страховой риск и страховой случай 4
5. Заключение Договора, срок действия Договора, срок страхования 6
6. Страховая премия (страховые взносы) и страховой тариф 8
7. Страховые суммы 9
8. Страховые выплаты 9
9. Выкупная сумма 12
10. Прекращение Договора 12
11. Права и обязанности 13
12. Заключительные положения 16

Правила добровольного медицинского страхования и страхования жизни (с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика) (далее именуемые – «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации на основе следующих видов страхования: медицинское страхование, страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события, страхование жизни с условием периодических страховых выплат (ренты, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика. Правила являются неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и страхования жизни (далее именуемого – «Договор»).

1. Терминология

Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах используются следующие термины:

Страховщик - Закрытое акционерное общество «Страховая компания БЛАГОСОСТОЯНИЕ» (лицензия С № 3991 77 выдана органом страхового надзора, ОГРН 1057748388378), которое заключает Договор со Страхователем в соответствии с Правилами.

Страхователь - юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее Договор со Страховщиком в соответствии с Правилами и уплачивающее страховую премию / страховые взносы по Договору. Страхователь - физическое лицо может также являться Застрахованным по Договору. Возраст Страхователя-физического лица на дату начала заключения Договора должен составлять от 18 до 64 лет.

Застрахованный - физическое лицо в возрасте до 65 лет на момент заключения договора, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор на случай причинения вреда здоровью Застрахованного и на случай наступления в его жизни иного предусмотренного Договором события (страхового случая).

Выгодоприобретатель - юридическое или физическое лицо, которому принадлежит право на получение страховых выплат.

Страховая сумма - определенная Договором денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховых выплат и/или в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств.

Страховая выплата - денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Лимит выплаты – максимально возможное возмещение стоимости платных медицинских расходов в период, определенный Договором.

Франшиза – установленная договором Страхования сумма, сверх которой Страховщик оплачивает медицинские услуги. В пределах данной суммы Застрахованный понесенные расходы оплачивается сам. Договором могут быть предусмотрены сразу две франшизы в разные периоды действия договора. Франшиза ежегодно может пересматриваться.

Совместная выплата – предусмотренная договором, совместная выплата. Договором может быть определен процент суммы медицинских расходов. Сумма ответственности страховщика определяется сверх данного процента.

Процент выплаты - процент выплаты сверх франшизы, который платит сам Застрахованный

Страховой риск - предполагаемое событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, на случай наступления которого проводится страхование. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой случай - совершившееся событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором, при этом все события, произошедшие вследствие одной и той же причины, будут считаться одним Страховым случаем.

Страховая премия - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении, и уплачивается Страховщику в качестве платы за страхование.

Страховой взнос – часть страховой премии, подлежащей уплате Страховщику на условиях, предусмотренных Договором.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Льготный период – устанавливаемый в соответствии с Правилами срок, в течение которого действие страхования по Договору не приостанавливается при нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате страховых взносов. При уплате очередного страхового взноса до окончания соответствующего льготного периода Страхователь освобождается от обязанности уплатить пеню за несвоевременную уплату страхового взноса (если такая пеня предусмотрена Договором).

Приостановление действия страхования по Договору (страхования, обусловленного Договором страхования) означает, что в случае неуплаты очередного страхового взноса до окончания соответствующего льготного периода у Страховщика возникает право отказать в страховой выплате по Договору. Восстановление действия страхования по Договору осуществляется в соответствии с Правилами.

Выжидательный период – период времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого предусмотренные Договором страховые риски не признаются страховыми случаями или признаются страховыми случаями с определенными ограничениями по ответственности Страховщика, указанными в Договоре или в дополнительном соглашении к нему. Выжидательный период и соответствующие лимиты ответственности Страховщика могут быть установлены по соглашению сторон Договора при его заключении в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного и его готовности пройти медицинское освидетельствование в соответствии с требованиями Страховщика. Если иное не предусмотрено Договором, Выжидательный период определяется как первые 90 (девяносто) календарных дней со дня вступления в силу страхования в отношении лица, впервые включенного Страхователем в список Застрахованных.

Срок страхования – период времени, определяемый Договором, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

Медицинские учреждения – лечебно-профилактические и иные учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь. Договором может быть предусмотрен перечень учреждений, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях, и который прилагается к Договору.

Болезнь (заболевание) – все нарушения нормальной жизнедеятельности организма, обусловленные функциональными и/или морфологическими изменениями, диагностированные и подтвержденные Врачом, который ведет законную медицинскую практику. Заболеванием считаются все повреждения и последствия, возникающие в связи с одним и тем же диагнозом, а также все болезни по одной причине или связанным причинам. Если болезнь обусловлена той же причиной, по которой возникло предыдущее заболевание, или связанной с ней причиной, заболевание считается продолжением предыдущего, но не отдельным заболеванием.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска – это обстоятельства, увеличивающие вероятность наступления страхового случая или размер убытков от его наступления. К таким обстоятельствам могут относиться: смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и/или которая может привести к появлению профессиональных заболеваний, переезд (длительная командировка) в другую страну или в другой климатический пояс, инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом. Изменение обстоятельств, сообщенных Страховщику при заключении договора, признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор не был бы заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях.

Террористический акт – акт, включая, помимо прочего, использование силы или насилия и/или угроза такого использования, со стороны любого лица или групп (группы) лиц, действующих самостоятельно или от лица любой организации (любых организаций) или правительств (правительства) или в связи с ними, преследующих политические, религиозные, идеологические или схожие цели, в том числе намерение оказать воздействие на правительство и/или запугать население или его часть; или использование биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, средства или оружия.

Договор индивидуального страхования – Договор, заключенный в отношении единственного Застрахованного или нескольких Застрахованных, находящихся в родственной связи.

Договор коллективного страхования – Договор, заключенный в отношении нескольких Застрахованных, при условии, что Застрахованные имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора страхования.

2. Субъекты страхования

Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре в качестве Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя.

3. Объект страхования

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 Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их. В объем страховой ответственности Страховщика по медицинскому страхованию не включаются указанные выше имущественные интересы, покрывающиеся обязательным медицинским страхованием.

Объектом страхования жизни являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением в его жизни иного предусмотренного Договором события, а также с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного.

4. Страховой риск и страховой случай

4.1. Страховыми рисками признаются следующие события в жизни Застрахованного:

а) обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение (далее – риск ДМС);

б) дожитие Застрахованного до даты окончания срока страхования (далее – риск Дожития);

в) смерть Застрахованного в течение срока страхования (далее – риск Смерти).

4.2. Страховыми случаями являются события, предусмотренные Договором и не указанные в пунктах 4.4., 4.5. и 4.6. настоящих Правил, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Медицинскому учреждению или Застрахованному лицу.

4.3. Договором может быть предусмотрен перечень Медицинских учреждений, куда Застрахованный обращается за получением консультативной, профилактической и иной медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа ДМС).

4.4. По страховому риску ДМС не признаются страховыми случаями и не покрываются настоящим страхованием случаи обращения Застрахованного в Медицинское учреждение за получением медицинской помощи в связи с:

а) острым патологическим состоянием и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при намеренной передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в

состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имеющему права на управление транспортным средством;

б) получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего во время совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;

в) умышленным причинением себе Застрахованным лицом телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

г) обращением в Медицинское учреждение по инициативе Застрахованного лица без медицинских показаний;

д) иными исключениями, перечисленными в Программах ДМС.

е) заболеванием или несчастным случаем, которые произошли в результате воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

ж) заболеванием или несчастным случаем, которые произошли в результате военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

з) заболеванием или несчастным случаем, которые произошли в результате гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.5. Если Договором не предусмотрено иное, по рискам Дожития и Смерти страховым случаем не признается события реализующиеся:

а) в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, Правилам или законодательству Российской Федерации является получателем страховых выплат, а также лиц, действующих по их поручению;

б) в ходе умышленного совершения (попытки совершения) Застрахованным преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

в) в результате алкогольного отравления Застрахованного, наркотического или токсического отравления в результате употребления им наркотических, токсических, спиртосодержащих жидкостей, сильнодействующих и психотропных веществ и лекарственных препаратов без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

г) в результате управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории;

д) во время управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

е) в результате самоубийства Застрахованного, если на момент самоубийства Договор действовал менее двух лет, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

ж) в результате попытки Застрахованного совершить самоубийство, не приведшей к его смерти, за исключением доведения Застрахованного до попытки самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

з) в результате действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

и) во время непосредственного участия Застрахованного в качестве военнослужащего либо гражданского служащего в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравниваемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях;

к) в результате болезни Застрахованного в присутствии ВИЧ-инфекции;

л) во время исполнения судебного акта и/или во время пребывания в местах лишения свободы.

4.6. Если на страхование было принято лицо, не соответствующее критериям принятия на страхование, установленным Правилами / Договором, то Страховщик вправе не признать страховым случаем событие, непосредственно связанное с состоянием здоровья Застрахованного, о котором Страхователь / Застрахованный не сообщил при принятии его на страхование, если соответствующая обязанность Страхователя / Застрахованного была предусмотрена Правилами / Договором.

5. Заключение Договора, срок действия Договора, срок страхования

5.1. Для заключения Договора заявитель направляет Страховщику письменное заявление установленной формы или заявление в электронной форме, подписанное простой электронной подписью заявителя согласно требованиям действующего законодательства Российской Федерации, либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор. Заявление и иные документы и сведения, предоставляемые для заключения Договора, являются неотъемлемой частью Договора. При этом, для оценки страховых рисков заявитель или лицо, заявленное на страхование, обязаны сообщить Страховщику следующие сведения:

а) фамилию, имя, отчество, дату и год рождения, паспортные данные, почтовый адрес, контактный телефон Страхователя;

б) фамилию, имя, отчество, дату и год рождения лица, заявленного на страхование;

в) о действующих договорах страхования, предусматривающих выплаты на случай смерти или инвалидности лица, заявленного на страхование;

г) об устных или письменных заявлениях в другие страховые организации с просьбой заключить договор страхования в отношении лица, заявленного на страхование;

д) о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, включая сведения о заболеваниях / состояниях, перечисленных в пункте 5.3. настоящих Правил;

е) о роде деятельности, профессии лица, заявленного на страхование, включая сведения, перечисленные в пункте 5.2. настоящих Правил;

ж) об увлечениях и особенностях проведения досуга и отдыха лица, заявленного на страхование;

з) о доходе лица, заявленного на страхование.

Формат предоставления вышеуказанных сведений, согласовываются между Страховщиком и заявителем или лицом, заявленным на страхование.

По требованию Страховщика заявитель или лицо, заявленное на страхование, обязан предоставить по установленной Страховщиком форме:

а) анкету клиента;

б) анкету о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование;

в) выписку из амбулаторной / медицинской карты лица, заявленного на страхование;

г) документ о доходе лица, заявленного на страхование.

Заявление и иные документы и сведения, предоставляемые для заключения Договора, являются неотъемлемой частью Договора

5.2. Если иное не предусмотрено Договором, лицо, чья профессия или увлечения или особенности проведения досуга и отдыха объективно связанны с повышенной вероятностью возникновения несчастных случаев или болезней (например, работа на промышленных объектах или в правоохранительных органах, полеты на летательных аппаратах не в качестве пассажира самолета регулярных авиалиний, занятия авто- и мотоспортом, прыжки с парашютом, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание и т.п.), может быть Застрахованным только при условии, что о профессии, увлечениях, особенностях проведения досуга и отдыха лица, заявленного на страхование, Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора (при получении заявления на страхование). При невыполнении данного условия заключенный в отношении такого лица Договор может быть признан недействительным по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

5.3. Если иное не предусмотрено Договором,

- лицо, на момент заключения Договора являющееся инвалидом I или II группы или ребенком-инвалидом,
- лицо, на момент заключения Договора являющееся носителем ВИЧ или больное СПИДом,

- лицо, на момент заключения Договора страдающее неврологическим или психическим заболеванием или расстройством, алкоголизмом,наркоманией или токсикоманией,
- лицо, на момент заключения Договора состоящее на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, онкологическом, кожно-венерологическом (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, а также состоящее на диспансерном учете по поводу хронического гепатита В и С, ВИЧ-инфицирования или СПИДа,
- лицо, которому на момент заключения Договора установлен диагноз сердечно-сосудистого (в том числе, артериальная гипертензия/гипертония), атериосклероза, онкологического или иного угрожающего жизни заболевания (сахарный диабет, эпилепсия и т.п.), или имеющее симптомы такого заболевания на момент заключения Договора,
- лицо, имеющее на момент заключения Договора заболевания коронарных артерий, страдающее тяжелым хроническим заболеванием кровеносной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы,

может быть Застрахованным только при условии, что о вышеназванном состоянии здоровья данного лица Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора (при получении заявления на страхование). При невыполнении данного условия заключенный в отношении такого лица Договор может быть признан недействительным по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

5.4. Страховщик вправе требовать заполнения анкеты о состоянии здоровья и (или) медицинского освидетельствования лица, заявленного на страхование.

В случае отказа от заполнения анкеты о состоянии здоровья или отказа от прохождения медицинского освидетельствования или в случае наличия у лица, заявленного на страхование, хронических заболеваний, угрожающих его жизни и здоровью (например, онкологического, сердечно-сосудистого, диабета и т.п.), Страховщик вправе установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности и (или) установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск. Страховщик также вправе установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности и (или) установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно (имеет временное нарушение здоровья).

5.5. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора, является строго конфиденциальной. Однако Страховщик имеет право передавать перестраховщику или состраховщику в необходимых объемах данные по лицу, заявленному на страхование, для оценки степени страхового риска и для заключения договора перестрахования или сострахования.

5.6. В Договоре указываются:

а) субъекты страхования;
б) страховые риски;
в) программа ДМС
г) страховые суммы;
д) лимит выплаты;
е) размер и порядок страховых выплат;
ж) размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов);
з) дата начала действия Договора;
и) выжидательный период (при необходимости).

5.7. Если иное не установлено Договором, Договор вступает в силу со дня его заключения, при этом обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты при наступлении страхового случая начинает действовать с установленной Договором даты начала срока страхования, но не ранее дня поступления первого страхового взноса на счет Страховщика.

5.8. Страховщик оформляет и передает Страхователю Договор или Полис (Сертификат), подтверждающий заключение Договора, в виде документа, подписанного с

использованием факсимильного воспроизведения подписей уполномоченных лиц Страховщика и/или усиленной квалифицированной электронной подписи Страховщика. В случае утери страхового Договора, Полиса (Сертификата) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя или заявления в электронной форме, подписанного простой электронной подписью Страхователя, выдает дубликат Договора, Полиса (Сертификата) и имеет право потребовать от Страхователя оплаты стоимости изготовления Договора, Полиса (Сертификата). После передачи дубликата Договора, Полиса (дубликата Сертификата) Страхователю утерянный экземпляр Договора, Полиса (Сертификата) считается недействительным.

5.9. Срок действия Договора – пожизненный. Срок действия Договора состоит из двух периодов:

- накопительного (до возраста, обусловленного договором);
- период выплат .

5.10. Срок страхования по риску ДМС:

- в накопительный период – один год;
- в период выплат – до исчерпания Лимита выплат.

5.11. Срок страхования по Рискам Дожития и Смерти равен сроку действия Договора в накопительный период.

6. Страховая премия (страховые взносы) и страховой тариф

6.1. Размер страховой премии определяется исходя из предусмотренных Договором страховых сумм и лимитов в зависимости от срока страхования, пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельности, образа жизни, увлечений и способов проведения досуга (отдыха, отпусков).

Страховой тариф по конкретному Договору определяется по соглашению сторон в соответствии с утвержденной Страховщиком методикой расчета страховых тарифов.

6.2. Договором может предусматриваться один из следующих порядков уплаты страховой премии:

а) единовременно при заключении Договора;

б) в рассрочку – регулярными ежегодными платежами (страховыми взносами) до окончания предусмотренного Договором срока их уплаты.

Договором также может предусматриваться уплата страховой премии регулярными ежеквартальными или ежемесячными платежами до окончания предусмотренного Договором срока их уплаты.

6.3. Страховые взносы уплачиваются до дат, указанных в Договоре. Если иное не предусмотрено в Договоре, для уплаты страховых взносов устанавливается льготный период десять рабочих дней.

В льготный период срок страхования по Договору приостанавливается и восстанавливается при условии что уплата данного страхового взноса произошла до окончания льготного периода.

6.4. При неуплате страхового взнос в течение льготного периода срок страхования по Договору прекращается с даты начала льготного периода.

6.5. Страховщик вправе установить минимальную и максимальную суммы страховой премии (страховых взносов).

6.6. Страховая премия (страховые взносы) уплачиваются наличными деньгами представителю Страховщика или перечисляются на счет Страховщика путем безналичных расчетов. Если иное не предусмотрено Договором, обязанность Страхователя по уплате очередного страхового взноса считается выполненной:

а) при оплате наличными деньгами – на дату оформления квитанции формы А-7 или иного платежного документа, оформляемого представителем Страховщика;

б) при оплате с использованием платежной карты – на дату подтверждения данной транзакции, полученного от процессингового центра платежной системы;

в) при оплате через учреждение банка без открытия счета – на дату оформления документа, выдаваемого учреждением банка в подтверждение принятия денежных средств плательщика;

г) при оплате банковским переводом (почтовым переводом) – на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре.

7. Страховые суммы

7.1. Страховая сумма определяется в Договоре страхования либо указанием денежной суммы, либо указанием способа ее расчета в соответствии с условиями страхования.

7.2. Страховой суммой по риску ДМС является предельный суммарный лимит выплат по Договору в отношении каждого отдельного Застрахованного лица по всем страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом в течение срока страхования. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон, исходя из выбранной Программы ДМС, перечня Медицинских учреждений, иных условий, предусмотренных Договором.

Страховые суммы устанавливаются Страховщиком по соглашению со Страхователем отдельно по каждой из Программ ДМС.

7.3. Договором может быть предусмотрена общая страховая сумма, которая определяется как сумма Страховых сумм по каждому Застрахованному.

7.4. Договором может быть предусмотрено условие о том, что страховая выплата по риску Дожития может быть зачтена в счет уплаты страховых премий по риску ДМС.

8. Страховые выплаты

8.1. Страховая выплата в объеме, предусмотренном Договором, осуществляется Страховщиком при условии, что страховые взносы уплачивались в размере и в сроки, которые установлены Договором.

8.2. При неуплате очередного страхового взноса по Договору наступлении страхового случая в течение льготного периода Страховщик приостанавливает страховые выплаты до уплаты страхового взноса, который должен быть уплачен до конца данного льготного периода.

8.3. По риску ДМС Страховщик оплачивает все произведенные понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках Программы ДМС в пределах Лимита выплаты по Договору и с учетом Франшизы, если таковая установлена Договором.

Страховщик не оплачивает произведенные понесенные расходы Застрахованного на услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т.п.

Если Договором установлен перечень Медицинских учреждений, куда Застрахованный обращается за получением консультативной, профилактической и иной медицинской помощи, предусмотренной Программой ДМС, Страховщик не оплачивает произведенные понесенные расходы Застрахованного на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в Медицинских учреждениях, которые не указаны в данном перечне и с которыми Страховщик не имеет договора о совместной деятельности по добровольному медицинскому страхованию.

8.4. Страховая выплата в зависимости от программы ДМС, предусмотренной Договором, производится одним из следующих способов:

а) непосредственно в Медицинское учреждение по договору о совместной деятельности по добровольному медицинскому страхованию;

б) Выгодоприобретателю после получения от Медицинского учреждения счета с указанием по каждому Застрахованному лицу перечня оказанных медицинских услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных Выгодоприобретателем за месяц по всем услугам;

в) непосредственно Застрахованному лицу по платежному документу, подтверждающему сумму понесенных Застрахованным расходов.

8.5. При заявлении Страховщику о событии, обладающем признаками страхового случая, Выгодоприобретатель обязан предоставить следующие документы:

а) всегда предоставляются:

- письменное заявление со ссылкой на номер Договора (страхового полиса или сертификата), с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска;
- копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного, Выгодоприобретателя;
- банковские реквизиты счета Выгодоприобретателя;
- копию договора страхования / полиса / сертификата;

б) в случае реализации риска ДМС предоставляются:

- оригинал выписки из амбулаторной карты / истории болезни Застрахованного или медицинской справки, выданных соответствующим Медицинским учреждением, с указанием диагноза и даты установления диагноза и описанием проведенного лечения;
- копии результатов лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим Медицинским учреждением;
- оригинал заключения врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза и даты установления диагноза;
- оригинал медицинского заключения о назначении Застрахованному медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.п.);
- оригиналы платежных документов (счетов, квитанций, чеков и т.п.), подверждающих понесенные расходы;

в) в случае реализации риска Дожития:

- подтвердить факт дожития до соответствующей даты (лично явиться к Страховщику или предоставить возможность представителю Страховщика засвидетельствовать это);

г) в случае реализации риска Смерти предоставляются:

- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного;
- оригинал справки о смерти с указанием причины смерти или другой устанавливающий причину смерти документ или его заверенную выдавшим органом копию;
- акт о несчастном случае на производстве (форма Н1), , если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;
- оригинал или заверенную выдавшим органом копия документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;
- в случае гибели водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследований на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и/или наркотических, токсических веществ, а также копию водительского удостоверения;
- распоряжение о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, оформленное в письменной форме, или свидетельство о праве на наследство, состоящее из суммы страховой выплаты по Договору страхования, выданное нотариусом.

8.6. Дополнительно к вышеперечисленным документам Страховщик имеет право требовать предоставления дополнительных анкет, по формам, утвержденным Страховщиком, если это обусловлено законодательством РФ.

8.7. Страховщик также имеет право требовать дополнительные медицинские документы для уточнения медицинских деталей, необходимых для принятия решения по реализовавшемуся событию, обладающему признаками страхового случая. При необходимости, Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых

рисков, у организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем до получения запрошенных документов и / или заключения медицинского учреждения (эксперта).

8.8. В целях объективного рассмотрения документов по событию, обладающему признаками страхового случая, Застрахованный обязан предоставить письменное согласие на передачу Страховщику сведений, составляющих врачебную тайну, медицинскими учреждениями, в которых Застрахованный проходил лечение или диагностику. Не предоставление такого письменного согласия будет рассматриваться Страховщиком как явный отказ от предоставления сведений необходимых для принятия решения по реализовавшемуся событию, обладающему признаками страхового случая, и, как следствие, отказ от права Застрахованного на получение страховых выплат по данному событию.

8.9. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.п.) Страховщик вправе отсрочить принятие решения по данному случаю до предоставления документов надлежащего качества.

8.10. Решение о признании реализовавшегося страхового риска страховым случаем принимает Страховщик, руководствуясь Правилами, на основании предоставленных документов. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих необходимой информацией.

8.11. При принятии решения об отсрочке страховой выплаты или об отказе в страховой выплате Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует об этом Выгодоприобретателя в течение 10 рабочих дней с даты получения документов, указанных в 8.5. Правил.

При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате она осуществляется в течение 10 рабочих дней с даты получения Страховщиком всех документов, указанных в п. 8.5 Правил.

8.12. Страховая выплата осуществляется путем перечисления на банковский счет получателя, если иное не согласовано с ним. Расходы по перечислению страховой выплаты несет получатель.

8.13. Если иное не предусмотрено Договором, при наступлении страхового случая, связанного со смертью Застрахованного, соблюдается следующий приоритет получателей страховой выплаты, причитающейся согласно Договору в связи со смертью Застрахованного:

а) в первую очередь – Выгодоприобретатель, указанный в Договоре или в заявлении на страхование или в специальном распоряжении Застрахованного. Если указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) получателем является лицо, указанное в завещании Застрахованного как единственный наследник всего имущества Застрахованного либо как получатель страховой выплаты;

в) при отсутствии получателя получателем является лицо, признанное наследником Застрахованного по гражданскому законодательству, при предоставлении свидетельства о праве на наследство по закону, а при наличии нескольких наследников выплата осуществляется всем наследникам пропорционально доли каждого в наследстве Застрахованного.

8.14. Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему сумму, право на ее получение переходит к наследникам умершего получателя.

8.15. Если Застрахованный пропал без вести, то риск Смерти считается реализовавшимся, если в решении суда о признании Застрахованного умершим будет указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на срок страхования. В противном случае страховой риск считается не реализовавшимся, и страховой случай – не наступившим.

9. Выкупная сумма

9.1. По риску Дожития может быть предусмотрена выплата выкупной суммы в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва рисков по страхованию жизни на день прекращения договора страхования (выкупная сумма).

9.2. Право на получение выкупной суммы, ее размер или порядок определения устанавливаются в Договоре по соглашению сторон.

Если Договор досрочно прекращается по инициативе Страхователя в течение тридцати дней с даты уплаты первого страхового взноса по Договору, то вместо выкупной суммы ему возвращается страховой взнос.

9.3. Размер подлежащей выплате выкупной суммы рассчитывается на дату досрочного прекращения (расторжения) Договора и уменьшается на величину всех задолженностей Страхователя по Договору, в том числе подлежащих оплате на дату прекращения, но не оплаченных (оплаченных не полностью) страховых взносов, а также невозвращенных займов и процентов по ним.

9.4. В случае досрочного прекращения Договора в связи со смертью Застрахованного, не являющейся страховым случаем, в накопительный период, выкупная сумма (если она предусмотрена Договором) выплачивается Страхователю, а если Застрахованный и Страхователь совпадали в одном лице, то наследникам Страхователя.

Если смерть Застрахованного наступила вследствие умышленных действий Страхователя или Выгодоприобретателя, установленного Договором на случай смерти Застрахованного, то выкупная сумма выплачивается тем лицам из числа наследников Застрахованного, кто не способствовал наступлению смерти Застрахованного.

В случае прекращения Договора в связи со смертью Страхователя - физического лица выкупная сумма выплачивается наследникам Страхователя.

9.5. Выкупная сумма выплачивается:

а) в течение двадцати рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления о досрочном прекращении (расторжении) Договора и иных документов, предоставление которых обсуловлено законодательством Российской Федерации, если Договор прекращается по требованию Страхователя или Страховщика или в связи с ликвидацией Страхователя - юридического лица или смертью Страхователя - физического лица;

б) в течение десяти рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления установленной формы, копии свидетельства о смерти Застрахованного, документов, удостоверяющих личность получателя выкупной суммы и иных документов, предоставление которых обсуловлено законодательством Российской Федерации, и, если это будет необходимо, документов, подтверждающих вступление в права наследования, если Договор прекращается в связи со смертью Застрахованного, не являющейся страховым случаем.

9.6. Выплата выкупной суммы осуществляется путем перечисления на банковский счет получателя, если иное не согласовано с ним. Расходы по выплате выкупной суммы несет получатель.

10. Прекращение Договора

10.1. При наличии страховых случаев Договор прекращается после выполнения Страховщиком своих обязательств, предусмотренных данным Договором.

10.2. Договор прекращается досрочно:

а) со дня, следующего за днем смерти Застрахованного;

б) со дня реализации страхового риска, который не может быть признан страховым случаем по основаниям, предусмотренным Правилами;

в) в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные Договором сроки и размере;

г) по требованию Страховщика. Страховщик вправе потребовать расторжения в случае, порядке и на условиях, предусмотренных законодательством РФ;

д) по требованию Страхователя;

е) по соглашению Сторон;

ж) в случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, не являющегося Застрахованным, до окончания срока страхования, если обязанность по уплате страховой премии (страховых взносов) не исполнена в полном объеме.

10.3. В случае если Страхователь определенно выразит намерение прекратить Договор, часть обязанностей Страхователя по которому исполнена Застрахованным или иным лицом, Страховщик обязан предложить Страхователю и лицу, исполнившему часть обязанностей Страхователя, сменить Страхователя в Договоре в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ. Страховщик также обязан предложить Страхователю осуществить перемену лиц в обязательстве из Договора. Перемена лиц в обязательстве из Договора оформляется трехсторонним соглашением между Страховщиком, первоначальным и новым Страхователями.

10.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, 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.

10.5. Договор досрочно прекращается в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица, не являющегося Застрахованным, до окончания срока страхования, если обязанность Страхователя по уплате страховых взносов не исполнена в полном объеме и иное лицо не приняло на себя права и обязанности Страхователя по Договору. При этом, если подлежит прекращению Договор, по которому часть обязанностей Страхователя исполнена Застрахованным или иным лицом, то Страховщик обязан предложить лицу, имеющему право распоряжаться имуществом Страхователя в процессе ликвидации Страхователя – юридического лица, либо наследнику Страхователя – физического лица, осуществить перемену лиц в обязательстве из Договора в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ, то есть передать права и обязанности Страхователя по Договору лицу, исполнившему часть обязанностей Страхователя. Данная перемена лиц в обязательстве из Договора оформляется соответствующим трехсторонним соглашением.

В случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица до окончания срока страхования Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме или если Застрахованный или другое лицо, с согласия Страховщика, принимает на себя обязанности Страхователя по Договору. ы

10.6. Сторона, намеревающаяся досрочно прекратить Договор, обязана письменно уведомить об этом другую сторону, за исключением случая досрочного расторжения Договора в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные Договором сроки и размере.

10.7. При прекращении Договора по инициативе Страхователя датой прекращения будет считаться дата, указанная в уведомлении Страхователя. При этом, если Страховщик получает уведомление Страхователя позже даты прекращения, указанной в уведомлении Страхователя, то датой прекращения Договора будет считаться дата получения Страховщиком соответствующего уведомления Страхователя.

10.8. При прекращении Договора по инициативе Страховщика датой прекращения будет считаться дата, указанная в уведомлении Страховщика.

11. Права и обязанности

11.1 Страхователь вправе:

а) с письменного согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, а также с согласия Застрахованного заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления смерти Застрахованного;

б) требовать от Страховщика предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в Договоре, в соответствии с условиями страхования и Программой ДМС;

в) в течение срока действия Договора подать заявление на расширение перечня программ ДМС, добавив программу ДМС, которая не входила в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос;

г) с согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся срока страхования, размера, порядка и сроков уплаты страховых взносов. Данные изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору, при этом Страховщик вправе требовать доплаты страхового взноса;

д) проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

е) получать любые разъяснения по Договору;

ж) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.2 Страхователь обязан:

а) уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, которые установлены Договором;

б) в случае реализации риска Смерти, предусмотренного Договором, письменно известить об этом Страховщика в течение тридцати дней со дня, когда у Страхователя появилась возможность сообщить о случившемся. Данная обязанность может быть исполнена Выгодоприобретателем;

в) сообщить Страховщику достоверную информацию о Застрахованном по требованию Страховщика, а также предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

г) в случае не предоставления медицинских услуг по Программе ДМС немедленно поставить об этом в известность Страховщика (эта обязанность также ложится на Застрахованное лицо);

д) возместить Страховщику расходы в размере, равном стоимости медицинских услуг, оказанных:

- Застрахованному лицу не в результате страхового случая, не входящих в Программу ДМС, не в Медицинском учреждении, оговоренном в перечне Медицинских учреждений по договору страхования, сверх страховой суммы;

- лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом или страховой карточкой при передаче их Застрахованным лицом третьим лицам с целью получения медицинских услуг;

- за необоснованный вызов Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, при этом такие случаи считаются необоснованными, если вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица; по поводу заболеваний, не покрываемых Программой ДМС; по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру скорой и неотложной медицинской помощи; вызов осуществлен не в медицинских целях; вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи (при наличии заключения медико-экономической экспертизы);

- в отношении хронических заболеваний, умышленно сокрытых Страхователем (Застрахованным лицом) при заполнении медицинской анкеты;

е) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.3 Страховщик вправе:

а) проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора и Правил;

б) если Страхователем при заключении Договора Страховщику была предоставлена заведомо ложная информация о Застрахованном, применить последствия, предусмотренные Статьей 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

в) требовать предоставления Застрахованному лицу в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с Программой ДМС;

г) при возникновении осложнений у Застрахованного лица и / или необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица, в размере стоимости оказанных услуг и оплату стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;

д) в случае нарушения Медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной договором страхования, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги) в соответствии с законодательством частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг;

е) в случае, если Медицинское учреждение на момент страхового случая не сможет обеспечить оказание ранее согласованных медицинских услуг в соответствии с Программой ДМС, обеспечить оказание медицинских услуг в другом Медицинском учреждении;

ж) проверять состав и обоснованность медицинских услуг, оказанных Медицинским учреждением Застрахованным лицам;

з) расторгнуть договор страхования в отношении Застрахованного лица, которое передало страховой полис и/или именную регистрационную карточку (пластиковую карту или иной носитель информации, определяющий право Застрахованного лица на получение медицинской помощи в Медицинских учреждениях) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;

и) в случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения лечебно-охранительного режима, установленного в Медицинском учреждении, что повлекло увеличение размера страховой выплаты на оказание медицинских услуг, расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного;

к) отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, или, если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в праве Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты – до тех пор, пока Выгодоприобретатель не представит Страховщику необходимые доказательства;

л) взимать дополнительные страховые взносы при изменении условий Договора, оформлении дополнительных соглашений к Договору и т.п. в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;

м) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.4 Страховщик обязан:

а) если это предусмотрено Договором, вернуть Страхователю сумму страховой премии или первого страхового взноса при досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в течение первых тридцати дней с даты уплаты данного взноса, при условии отсутствия страховых случаев в этот период;

б) передать Страхователю или Застрахованному Договор, Полис (Сертификат) с приложением Правил;

в) соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе;

г) для реализации Программы ДМС заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями;

д) при наступлении предусмотренного договором страхового случая производить оплату медицинских услуг в оговоренные договором сроки;

е) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.5 Застрахованный (или иное лицо с согласия Страховщика) имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае смерти Страхователя - физического лица или в случае ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

11.6 Застрахованный (или иное лицо с согласия Страхователя и Страховщика) имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае намерения Страхователя досрочно прекратить (расторгнуть) Договор.

11.7 Исполнение Застрахованным или иным лицом части обязанностей Страхователя по Договору не освобождает Страхователя или иного лица, принявшего на себя права и обязанности Страхователя по Договору, от исполнения других обязанностей по Договору.

11.8 Застрахованный имеет право требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора и Программой ДМС в Медицинских учреждениях, оговоренных в договоре страхования;

11.9 Застрахованный обязан незамедлительно сообщать Страховщику о случаях непредоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

12. Заключительные положения

12.1. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия - в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

12.2. Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках Договора, являются его составной частью. К таким документам относится анкета о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, а также иные документы и сведения, необходимые для заключения Договора и осуществления страховой выплаты, заявление на страхование, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в страховом полисе, а также все относящиеся к договору страхования надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

12.3. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей, Застрахованных и Выгодоприобретателей при уплате ими страховых взносов или получении ими страховых выплат или выкупных сумм.

12.4. В целях улучшения условий страхования и (или) при изменении законодательства Страховщик оставляет за собой право вносить изменения в данные Правила в порядке, предусмотренном действующим законодательством. При этом Страховщик обязан информировать Страхователя об изменении Правил не менее чем за 10 дней до даты введения в действие новой редакции Правил, посредством направления Страхователю новой редакции Правил по почте (заказным письмом с уведомлением) или иным способом, согласованным Сторонами. При неполучении от Страхователя письменного заявления о несогласии с изменением Правил, новая редакция Правил будет считаться принятой Страхователем и Договор продолжит свое действие на основании новой редакции Правил.

12.5. Если иное не предусмотрено Договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), Страховщик оставляет за собой право отказать в принятии страховых взносов или задержать выполнение своих обязательств по Договору, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы, сбои в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.

12.6. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны уведомить друг друга в течение 30 (тридцати) дней со дня наступления изменений. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или

реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться доставленными, хотя бы сторона по тому адресу более не находится или не проживает.

12.7. Все споры по Договору страхования между Сторонами, при недостижении взаимного согласия по их урегулированию, разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

12.8. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а так же при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.

Приложение №1
к Правилам страхования жизни добровольного медицинского страхования
Образец медицинской анкеты

Медицинская анкета

Фамилия, имя, отчество:	
Дата рождения:	
Профессия / род занятий	
Адрес:	
Телефон:	
Семейное положение:	
Дети:	
Рост:	
Вес:	
Есть ли у Вас в настоящее время проблемы со здоровьем?	
2. Теряли ли Вы свою трудоспособность более чем на 4 недели за последние 5 лет?	
3. Были ли у Вас хирургические вмешательства и/или лежали ли Вы в стационаре?	
4. Страдаете ли вы в настоящее время или в прошлом ниже перечисленными заболеваниями:	
Органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, пневмония, туберкулез и т.д.)	
Сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, стенокардия, инфаркт миокарда, пороки сердца, сердечная недостаточность, тромбозы, заболевания вен)	
Психические и нервные болезни (потеря сознания, эпилепсия, параличи, неврит, травмы головы, суицидальные попытки)	
Пищеварительной системы (гастриты, язвенная болезнь, заболевания печени, желчного пузыря и поджелудочной железы)	
Мочеполовой системы (мочекаменная болезнь, цистит, пиелонефрит, простатит, аднексит)	
Кожи (псориаз, дерматит, новообразования)	
Опорно-двигательной системы (костей, суставов, позвоночника, мышц, связок, сухожилий, ревматизм, травмы)	
Органов зрения (глаукома, катаракта, заболевания сетчатки)	
Органов слуха (отиты, тугоухость)	
Эндокринологическими или гематологическими заболеваниями (сахарный диабет, подагра, заболевания щитовидной железы,	

заболевания надпочечников, анемия, нарушения свертываемости крови)	
Заболеваниями иммунной системы или инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД, вирусный гепатит)	
Любые другие заболевания, нарушения или проблемы, не перечисленные выше (указать)	
Опухоли	
Любые грыжи	
Ревматизм	
Инсульт, нарушение мозгового кровообращения	
Пересадка органов	
Туберкуле	
5. Делали ли Вы тест на ВИЧ инфекцию, который был положительным?	
6. Вы принимаете какие-либо лекарственные препараты, включая обезболивающие, снотворные, транквилизаторы?	
7. Вы принимаете наркотики?	
8. Есть ли у Вас аллергии?	
9. Получали ли Вы лечение по поводу заболевания, передающегося половым путем, в течение последнего года? Болели ли вы венерическими заболеваниями?	
Есть ли у Вас указанные ниже симптомы? Объясните подробнее (даты, заболевания, обследования, лечение)	
1. Изменения в весе	
2. Изменение аппетита	
3. Повышенная температура, озноб	
4. Нарушения мочеиспускания	
5. Головокружение	
6. Нарушение зрения	
7. Потери сознания	
8. Боли или дискомфорт в животе	
9. Нарушения пищеварения, изжога, метеоризм	
10. Поносы или жидкий стул	
11. Запоры	
12. Нарушения сна	
13. Изменение настроения, напряжение, депрессия, тревога, страхи	
14. Проблемы дома / в семье / на работе	
15. Нарушения половой функции	
16. Нарушения слуха / заболевания ушей	
17. Нарушения глотания / заболевания горла	
18. Кашель	
19. Кровь в слюне / в мокроте	
20. Нарушения дыхания	
21. Боли, давление или неприятное	

ощущение в груди	
22. Нарушение пульса или сердечного ритма	
23. Отечность или боли в суставах	
24. Заболевания кожи	
25. Головная боль	
26. Боли в спине	
27. Слабость, усталость	
28. Легко получаемые кровоподтеки и синяки	
29. Нарушения походки	
30. Боль в молочных железах, повышенная чувствительность, уплотнения	
31. Боли и образования в области таза	
32. Тошнота, рвота	
33. Болезненность и дискомфорт при мочеиспускании	
34. Сидячий образ (никакой нагрузки)	
35. Слабая нагрузка (подъем по лестнице, прогулка до 3 кварталов, гольф)	
36. Нерегулярная физическая нагрузка (работа или активный отдых реже, чем 4 раза в неделю по 30 мин)	
37. Регулярная физическая нагрузка (работа или активный отдых 4 раза в неделю по 30 мин)	
38. Вы на диете?	
Если да, назначил ли Вам врач диету?	
39. Вас беспокоит количество алкоголя, которое Вы употребляете?	
40. Вы курите?	
Если да, сколько сигарет в день?	
Только для женщин	
1. У вас регулярный менструальный цикл?	
2. У Вас есть дети?	
3. Предменструальный синдром (болезненность внизу живота, спины, головная боль)	
4. Аборты, диагностические выскабливания, кесарево сечение	
5. Инфекционные заболевания мочеполовой системы в течение года	
Дата последнего гинекологического обследования	

Застрахованный:

_____/_____

«___»_____20__г.

Приложение №2
К Договору на предоставление лечебно-профилактической помощи
(медицинских услуг)

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
“Комплексное медицинское обслуживание”

По настоящей Программе ДМС Страховщик в соответствии с условиями договора страхования организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг в экстренном и плановом порядке по следующим видам медицинской помощи: скорая и неотложная, амбулаторно-поликлиническая, стационарная.
Страховая сумма на одного Застрахованного по данной Программе устанавливается равной 2.000.000 рублей (два миллиона рублей РФ). Страховая сумма определяет максимальный размер страхового возмещения по всем страховым случаям произошедшим с Застрахованным в течение срока действия Договора страхования.
Настоящая Программа ДМС предусматривает предоставление Застрахованным при наступлении страхового случая следующих видов медицинской помощи:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медперсонала по следующим специальностям:
- терапия;
- кардиология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология;
- гематология;
- эндокринология;
- лечебная физкультура;
- иммунопрофилактика;
- клиническая лабораторная диагностика;
- мануальная терапия;
- ортодонтия;
- аллергология;
- офтальмология;
- отоларингология;
- ревматология;
- неврология;
- хирургия;
- травматология;
- ортопедия;
- проктология;
- эндоскопия;
- урология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- онкология;
- физиотерапия;
- стоматология терапевтическая;
- стоматология хирургическая;
- стоматология ортопедическая;
- рентгенология;
- нефрология;
- функциональная диагностика;
- ультразвуковая диагностика

1.2. Диагностические инструментальные и лабораторные исследования:
- общеклинические лабораторные исследования;

- биохимические лабораторные исследования;
- микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;
- иммунологические лабораторные исследования;
- гистологические исследования;
- цитологические исследования;
- биофизические лабораторно-диагностические исследования;
- гормональные исследования;
- рентгенологические исследования;
- компьютерная томография;
- ультразвуковые диагностические исследования;
- функциональная диагностика;
- эндоскопия;
- термография.

1.3. Физиотерапия (электросветолечение, электромагнитная терапия, лазеротерапия, массаж (классический, сегментарный), мануальная терапия, занятия лечебной физкультурой.

1.4 Дневной стационар (диагностика и лечение в условиях дневного стационара по перечисленным в п. 1 специальностям).

1.5 . Медикаментозное обеспечение по медицинским показаниям.
1.6 Помощь на дому - оказание помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача:
- выезд врачей-специалистов на дом;
- снятие ЭКГ на дому;
- взятие материала для лабораторных исследований;
- лечебные манипуляции на дому.

1.7 Диспансерное наблюдение и обследование:
- контрольные приемы врачей-специалистов;
- контрольные лабораторные и инструментальные исследования.

2. Стационарная помощь:
- размещение в палате, питание и уход медперсонала;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- диагностические лабораторные исследования;
- диагностические и лечебные инструментальные манипуляции;
- консультации и другие профессиональные услуги врачей;
- лечебные манипуляции и процедуры, осуществляемые врачами и средним медперсоналом;
- консервативное и/или хирургическое лечение, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.
- медикаментозное обеспечение, перевязочный материал, анестетики, кислород и др. по медицинским показаниям;
- физиотерапия, ЛФК, назначенные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного или привести его к инвалидности, а также перевести .острое заболевание в хроническую форму, если не будет срочно оказана медицинская помощь в условиях стационара.
Плановая госпитализация осуществляется после предоставления Застрахованным амбулаторной карты или выписку из нее, содержащую результаты необходимого догоспитального обследования, медицинского заключения о необходимости стационарного обследования и/или лечения.

3. Скорая и неотложная помощь.

Услуги скорой и неотложной медицинской помощи предоставляются Застрахованному при возникновении угрожающих жизни состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства:
- выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи;
- первичный осмотр больного;
- снятие ЭКГ и проведение другой необходимой экспресс-диагностики;
- проведение экстренных лечебных мероприятий: инъекции и вливания лекарственных; - препаратов, первичная обработка ран, иммобилизация, перевязки, подачу кислорода и т.п.;
- проведение реанимационных мероприятий;
- экстренная медицинская транспортировка в лечебное учреждение;
- плановая медицинская транспортировка в лечебное учреждение и обратно.

4. В рамках программы не предоставляется и не оплачивается медицинская помощь при следующих поводах и состояниях:
- Злокачественные новообразования.
- Болезнь, вызванная ВИЧ.
- Особо опасные инфекции (тиф, холера, натуральная оспа, сибирская язва, геморрагические лихорадки и др.)
- Алкоголизм. Наркомания.
- Психические расстройства и расстройства поведения.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения, врожденные заболевания и синдромы.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Стоматология»

По настоящей Программе ДМС Страховщик в соответствии с условиями договора страхования организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг стоматологической помощи в период действия договора страхования.

Страховая сумма на одного Застрахованного по данной Программе устанавливается равной 500.000 рублей (пятьсот тысяч рублей РФ). Страховая сумма определяет максимальный размер страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным в течение срока действия Договора страхования.

1. Объем предоставляемых услуг:

Настоящая Программа ДМС предусматривает предоставление Застрахованным лицам при наступлении страхового случая следующих видов помощи:

- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое исследование, реография и др.) по назначениям врачей стоматологов;
- консультативные услуги врачей- стоматологов;
- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, парадонтоза, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
- дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

2. Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги:
2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
2.2. все виды протезирования;
2.3 услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования.