

**Приложение №1
К приказу Заместителя Генерально-
го директора
ООО СК «Альянс Жизнь»
от 31.07.2015 №179**

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ
«АЛЬЯНС ЖИЗНЬ»**

**УТВЕРЖДЕНО
Приказ Заместителя Генерального
директора
ООО СК «Альянс Жизнь»
от 31.07.2015 № 179**

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объекты страхования
4. Страховой случай
5. Страховая сумма
6. Страховая премия (страховые взносы) и страховой тариф
7. Договор страхования, порядок его заключения и прекращения действия договора
8. Увеличение страхового риска
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок организации медицинской помощи и иных услуг
11. Страховая выплата
12. Порядок разрешения споров
13. Конфиденциальность

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия, на которых Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования или Договоры страхования).

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

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

2.2. **Страхователем** признаётся юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.3. **Застрахованное лицо** (далее – 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 предусмотрено Договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.4. На страхование не принимаются:¹

2.4.1. Лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

- туберкулез, онкологические заболевания;
- болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;
- психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;

2.4.2. Инвалиды 1 и 2 группы, дети - инвалиды.

2.4.3. Лица, находящиеся на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

Заключенный в отношении таких лиц (указанных в пунктах 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3) Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

2.5. Субъектами (участниками) добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к медицинским организациям относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;

- к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

- к ассистанским организациям относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

¹ Если Договором страхования не установлено иное.

- к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;
- к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

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 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 СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в соответствии с программой страхования²:

4.1.1. в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе медико-социальной) помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

4.1.2. в иные медицинские организации, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи³), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком⁴;

и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

4.2. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

4.2.1. не предусмотренных Договором страхования;

4.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

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

4.2.4 в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками⁵;

4.2.5. не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного или без медицинских показаний.

4.3. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

4.3.1. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.3.2. военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

² Типовые программы добровольного медицинского страхования приведены в Приложениях 1-10 к настоящим Правилам.

³ Если таковая может быть организована Страховщиком, в том числе его обособленными подразделениями.

⁴ Договором страхования может быть предусмотрено обращение в иное ЛПУ без согласования со Страховщиком в соответствии с программой страхования и на условиях, указанных в Договоре страхования.

⁵ За исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями.

- 4.3.3. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 4.3.4. стихийными бедствиями.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном договором страхования порядке, произвести страховую выплату.

5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных программой страхования. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.

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

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь⁶ обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

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

6.3. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

6.4. При указании в договоре страхования страховых сумм в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях, страховая премия уплачивается в валюте, предусмотренной Договором страхования в соответствии с законодательством РФ.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор страхования заключается сроком на один календарный год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования. Если Страховщик предлагает Страхователю обратиться с письменным заявлением, то Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им форме.

7.2.1. Страхователи – юридические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения⁷:

- наименование;
- идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее - КИО);
- государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО);
- дата и место государственной регистрации⁸;

⁶ В предусмотренных Договором страхования случаях обязанность по уплате страховой премии может быть возложена на Застрахованного.

⁷ Указанные сведения предоставляются Страхователем также в отношении лиц, являющихся выгодоприобретателями (лицами, ответственность которых застрахована, застрахованными лицами) по договору страхования.

- наименование регистрирующего органа⁸;
 - адрес местонахождения (юридический адрес)⁸;
 - фактический адрес;
 - почтовый адрес;
 - бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица ниже);
 - единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц ниже);
 - резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);
- а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

7.2.2. Страхователи – индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения⁷:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- бенефициарный владелец;
- является ли страхователь иностранным публичным должностным лицом, российским должностным лицом, лицом публичной международной организации супругом, родственником ИПДЛ, РПДЛ
- выступает от имени должностного лица публичной международной организации
- государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- адрес местонахождения;
- адрес места регистрации;
- почтовый адрес;

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

7.2.3. Страхователи – физические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения⁷:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- бенефициарный владелец.
- является ли страхователь иностранным публичным должностным лицом,

⁸ Данные из свидетельства о государственной регистрации российского юридического лица; для иностранных лиц – данные, содержащиеся в документах о государственной регистрации государства учреждения и/или в свидетельстве о постановке на налоговый учёт в Российской Федерации.

российским должностным лицом, лицом публичной международной организации супругом, родственником ИПДЛ, РПДЛ

– выступает от имени должностного лица публичной международной организации

7.2.4. Страховщик вправе сократить указанный в пунктах 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3 перечень.

7.3. При заключении Договора страхования для оценки страховых рисков Страховщик вправе предложить Страхователю (страхуемому лицу) заполнить анкету по установленной Страховщиком форме, предоставить медицинскую документацию (выписки, справки и аналогичные документы) подтверждающую информацию и сведения, указанную в такой анкете и/или провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Обследование осуществляется за счет Страховщика и в медицинской организации по выбору Страховщика. При отказе от заполнения анкеты или от прохождения обследования Страховщик вправе отказать в заключение Договора страхования в отношении страхуемого лица.

7.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации) либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.

7.5. В Договоре страхования указываются:

- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;
- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя;
- численность Застрахованных;
- программа(ы) страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованных;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме.

7.6. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, то Застрахованным по Договору страхования могут выдаваться именные страховые полисы. В страховом полисе указываются:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, ИНН (при наличии);
- программа страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования.

7.7. Если Договор страхования заключается путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), то в таком полисе указываются:

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

- фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- программа страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

7.8. Страховщик вправе выдать для каждого застрахованного лица различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и др.

7.9. В случае утраты страховых, информационных документов Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

7.10. Договор страхования прекращает действие в случае:

7.10.1. окончания срока действия Договора страхования;

7.10.2. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного);

7.10.3. исчерпания страховой суммы (в отношении Застрахованного, чья страховая сумма исчерпана);

7.10.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

7.10.5. в других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

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

7.12. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

7.13. Если возврат предусмотрен условиями Договора страхования, он осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел в размере, предусмотренном условиями Договора страхования.

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

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

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

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, ЛПУ, иным лицом) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (хронические заболевания, инвалидность, другие обстоятельства, если они указаны в Договоре страхования, анкете Страхователя/Застрахованного или медицинской документации), вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

8.3. При неисполнении Страхователем либо Застрахованным обязанности, указанной в пункте 8.1, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (пункт 5 статьи 453 Гражданского Кодекса Российской Федерации).

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать предоставления застрахованному лицу в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования, медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, а также ставить в известность страховщика о непредставлении такой помощи, неполной или некачественной помощи;

9.1.2. расторгать досрочно Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках Договора страхования возврат части страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя п.7.13;

9.1.3. изменять в течение срока действия Договора страхования программу страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительную страховую премию.

9.2. Страховщик имеет право:

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

9.2.2. требовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска;

9.2.3. расторгать досрочно Договор страхования при непоступлении очередного платежа страхового взноса, внесение которого просрочено, в соответствии с условиями Договора страхования, путем направления Страхователю соответствующего уведомления;

9.2.4. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного при выявлении у него заболеваний и состояний, лечение которых (в том числе и сопутствующих заболеваний) не может быть осуществлено в медицинских организациях, сотрудничающих со Страховщиком;

9.2.5. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его систематической⁹ неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нару-

⁹ Два и более раза подряд.

шениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

9.2.6. выставлять Страхователю счет на компенсацию расходов, возникших в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, счет на уплату штрафа в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи, а также в связи с использованием страхового полиса/карточки незастрахованным лицом.

9.2.7. в случае неуплаты Страхователем штрафа, в соответствии с п.п. 9.6.3., 9.6.8, за нарушения Застрахованным лицом его обязанностей по Договору страхования, предусмотренных настоящими Правилами, в течение 1 (одного) месяца с момента выставления соответствующего счета Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в отношении этого Застрахованного в одностороннем порядке, путем направления Застрахованному соответствующего уведомления о расторжении.

9.2.8. досрочно расторгнуть договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу свой страховой полис (страховую карточку или пропуск в медицинскую организацию) с целью получения последним медицинской помощи, предусмотренной программой страхования Застрахованным. Если Застрахованным является Страхователь, то Страховщик расторгает договор без возврата страховой премии (страховых взносов);

9.2.9. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинской организацией, предусмотренной Договором страхования.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика о непредоставлении таких услуг, предоставлении неполных или некачественных услуг;

9.3.2. получать дубликат страхового полиса, программы страхования, страховой карточки или пропуска в медицинскую организацию в случае их утраты;

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

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. уплатить страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

9.4.2. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством;

9.4.3. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах добровольного медицинского страхования, программах страхования и порядке предоставления услуг. Получение Застрахованными данной информации должно быть подтверждено подписью;

9.4.4. получать согласие застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по Договору страхования;

9.4.5. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также уплатить штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

9.4.6. уплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемся страховым полисом и/или страховой карточкой Застрахованного, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. ознакомить и вручить Страхователю настоящие Правила и программу (программы) страхования;

9.5.2. выдавать Страхователю для каждого Застрахованного лица страховой полис, программу страхования, страховую карточку и пропуск в медицинскую организацию (при необходимости), а при их утрате – дубликаты;

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

9.5.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

9.5.5. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в российских медицинских организациях, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком.

9.5.6. принять меры, направленные на предоставление Застрахованному медицинской помощи, в которой было необоснованно отказано либо помощь была оказана неполно или некачественно той медицинской организацией, где такая медицинская помощь должна была быть организована Страховщиком.

9.5.7. содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в составлении искового заявления, связанного с качеством оказанной ему в рамках договора страхования медицинской помощи, а также в получении за счет страховщика результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной или некачественной медицинской помощи.

9.5.8. в случае необоснованного отказа медицинской организации в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных условиями Договора страхования, неполного или некачественного оказания услуг, выплатить Застрахованному штраф в размере до 200% стоимости неполностью или некачественно оказанных услуг. Выплата производится на основании письменного заявления Застрахованного.

Обоснованность претензий Застрахованного определяется Страховщиком

9.6. Застрахованный обязан:

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

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

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

9.6.4. при утрате страхового полиса, страховой карточки или пропуска в медицинскую организацию незамедлительно извещать об этом Страховщика;

9.6.5. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или фактического места жительства;

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

9.6.7. находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

9.6.8. за необоснованный вызов Застрахованным лицом (его представителем) на дом врача, бригады скорой или неотложной медицинской помощи, а также необоснованное использование санитарных транспортных средств Застрахованный уплачивает Страховщику (если Страховщик предъявил такое требование) штраф в размере трехкратной стоимости таких услуг.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица,
- при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного,
- вызов осуществлен не в медицинских целях,
- вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения,
- при вызове Застрахованный отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра,
- вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.).

10. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

10.1. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской и иной помощи Застрахованный обращается в медицинскую организацию (или иному участнику страхования), предусмотренную Договором (программой) страхования либо к Страховщику в порядке, определенном Договором страхования.

10.2. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой страхования, в организации, определенной в Договоре страхования, Страховщик организует их выполнение в иной медицинской организации. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

10.3. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

10.4. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских организациях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских организациях, если Договором не предусмотрено иное.

10.5 Страховщик имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организаци-

ей перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

10.6. Вся необходимая медицинская документация - листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и иная аналогичная документация - выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам в течение 60 календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено договором с медицинской организацией (или другим участником страхования).

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

11.3. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской или иной помощи Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

11.3.1. В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление установленного образца с приложением¹⁰:

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченного счета с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного,
- врачебного отчета по установленной Страховщиком форме,
- копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного,
- копии страхового полиса или договора страхования

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

11.3.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских услуг. Возмещение или отказ в страховой выплате производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации, предусмотренной настоящими Правилами.

11.3.3. Сумма возмещения, если иное не установлено Договором страхования, определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью.

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

¹⁰ Перечень предоставляемых документов при получении медицинских и иных услуг оформляется в соответствии с законодательством территории, на которой данные услуги оказываются.

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

Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.

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

Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению.

11.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

11.5.1 в случае если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования и до момента выписки из стационара; а также в случае, если экстренная или плановая госпитализация Застрахованного началась до начала срока страхования по Договору страхования, в том числе за период такой госпитализации, который попадает на срок действия страхования;

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

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

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

11.5.5. в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, договором (программой) страхования.

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

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Споры, вытекающие из договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором.

13. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил и в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее «ФЗ»), выражает свое согласие Страховщику - ООО СК «Альянс Жизнь», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30 на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных, включая персональные данные о состоянии здоровья, указанные в заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, включения персональных данных в информационную систему персональных данных (клиентскую базу данных группы компаний Альянс/Allianz) и информирования Застрахованных о факте их прикрепления к договору страхования в качестве застрахованных лиц, в том числе - по мобильному телефону (включая смс-рассылку) и по электронной почте.

Страхователь гарантирует, что передача персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей информацию о номерах телефонов и адресах электронной почты указанных лиц в пользу Страховщика происходит с их письменного согласия.

Также Страхователь выражает согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ, в том числе передачу от Страховщика в пользу группы компаний Альянс/Allianz, включая, но не ограничиваясь компанией – Открытое акционерное общество Страховая компания «Альянс», находящейся по адресу: Российская Федерация, 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30) своих персональных данных и персональных данных иных вышеперечисленных лиц, указанных в заявлении на страхование/договоре (Полисе) страхования и других документах, представленных при заключении договора (Полиса) страхования, в целях исполнения договора страхования.

Передача персональных данных происходит с соблюдением всех необходимых процедур и согласований, в строгом соответствии с действующим законодательством.

Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (Полиса) страхования и в течение 5 лет после окончания действия Договора (Полиса) страхования.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес ООО СК «Альянс Жизнь».

Заместитель Генерального директора

(подписано)

А.А. Кривошеев