

Приложение № 2 к Полису «РГС Защита от клеща»

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «РГС ЗАЩИТА ОТ КЛЕЩА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Термины и определения:

Страховщик — Публичное акционерное общество Страховая Компания «Росгосстрах», лицензия Банка России СЛ №0001.

Страхователь — дееспособное физическое лицо / юридическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованное лицо — физическое лицо, названное в договоре страхования, в пользу которого заключен договор страхования. Возраст Застрахованного лица на момент заключения договора страхования не ограничен. На страхование не принимаются лица, находящиеся в местах лишения свободы, находящиеся на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании по поводу клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), Крымской геморрагической лихорадки.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных выше обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

Выгодоприобретателем по страхованию от несчастных случаев является Застрахованное лицо (в возрасте 18 лет и старше) или законные представители Застрахованного лица моложе 18 лет. В случае смерти Застрахованного лица выгодоприобретателями являются его наследники.

Дата заключения договора страхования — дата вручения Страхователю Полиса, подписанного Страховщиком.

Страховая сумма — страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, на основании которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и страховой выплаты при наступлении страхового случая для каждого Застрахованного лица.

Единая страховая сумма — страховая сумма для всех страховых рисков, включенных в договор страхования в части НС и установленная для каждого Застрахованного лица.

Страховая выплата — денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования:

- в части добровольного медицинского страхования (ДМС) — страховой выплаты по договору страхования определяется стоимостью медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования и Программы страхования «РГС Защита от клеща», и осуществляется Страховщиком путем:

- оплаты стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг непосредственно или через поверенного, агента, комиссионера в медицинскую и (или) иную организацию;

- возмещения расходов, понесенных Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица) по оплате медицинских и (или) иных услуг оказанных непосредственно Застрахованному лицу.

- в части страхования от несчастных случаев (НС) — страховая выплата выплачивается Застрахованному лицу (в возрасте 18 лет и старше) или законным представителям Застрахованного лица моложе 18 лет, а в случае смерти Застрахованного лица — его наследникам.

Заявленный убыток:

В части ДМС

- поступивший Страховщику, но еще не оплаченный счет из медицинской и (или) иной организации за оказанные Застрахованному лицу в рамках Программы страхования «РГС Защита от клеща» медицинские и (или) иные услуги;

- обращение Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) к Страховщику за страховой выплатой по событию, имеющему признаки страхового случая, в рамках действующего Полиса «РГС Защита от клеща».

В части НС — обращение Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) к Страховщику за страховой выплатой по событию, имеющему признаки страхового случая, в рамках действующего Полиса «РГС Защита от клеща».

Программа страхования «РГС Защита от клеща» — перечень медицинских и (или) иных услуг, а также порядок их оказания Застрахованному лицу (далее — Программа страхования).

Медицинские и (или) иные организации:

- организации, имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность: лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;

- организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию оказания Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования;

- организации, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения.

Медицинская помощь — первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь,

паллиативная медицинская помощь, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Лекарственная помощь — обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами и (или) изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу и назначенными врачом медицинской организации.

Медицинские услуги — медицинская и лекарственная помощь.

Иные услуги — услуги медицинского сервиса, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования.

Период охлаждения — 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения договора страхования, в течение которых Страхователь вправе отказаться от договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии в соответствии с п. 5.3. настоящих Особых условий, при условии, что на дату отказа от договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица:

2.1.1. **в части ДМС** — связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и (или) иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;

2.1.2. **в части НС** — связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смертью в результате инфекционного заболевания.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является событие, на случай наступления которого заключается договор страхования, обладающее признаками вероятности и случайности.

3.2. Страховыми случаями являются:

3.2.1. В части ДМС

Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую и/или иную организацию, из числа предусмотренных Программой страхования или согласованных Страховщиком, для организации и оказания ему медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Программой страхования, по поводу расстройства / вероятного расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного лица, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их, в результате укуса (присасывания), напояния клеща, произошедших в течение срока действия договора страхования.

3.2.2. В части НС

Первично установленная Застрахованному лицу инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок-инвалид», вследствие впервые диагностированного инфекционного заболевания у Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (далее — «Инвалидность в результате инфекционного заболевания»).

Смерть Застрахованного лица вследствие впервые диагностированного инфекционного заболевания у Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (далее — «Смерть в результате инфекционного заболевания»).

Под инфекционными заболеваниями понимаются:

- клещевой энцефалит; клещевой боррелиоз (болезнь Лайма); Крымская геморрагическая лихорадка.

3.3. Не является страховым случаем:

3.3.1. В части ДМС

Обращение за получением медицинских и/или иных услуг:

- лица, не являющегося Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе, в случае установления факта передачи Застрахованным лицом страховых документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Программой страхования;

- вне сроков действия договора страхования и периода страхования;

- не предусмотренных Программой страхования.

3.3.2. В части НС не являются страховыми событиями, происшедшие вследствие:

- Санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий (их последствий), за исключением заболевания, предусмотренного договором страхования и развившегося вследствие введения вакцины.

- Несоблюдения Застрахованным лицом требований противоэпидемического режима, установленного органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3.4. Страховщик освобождается от обязательств по страховой выплате, если Страхователь представил заведомо ложные сведения об обстоятельствах,

связанных со страховым случаем и представление таких сведений повлекло невозможность для Страховщика установить факт, причины и обстоятельства наступления страхового случая.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и указывается в Полисе.
- 4.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
- 4.3. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из страховой суммы, срока действия договора страхования, варианта страхования и степени страхового риска и указывается в Полисе.
- 4.4. Страховая премия уплачивается одновременно не позднее даты выдачи Полиса.
- 4.5. В случае уплаты страховой премии не в полном объеме договор страхования считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору у сторон не возникает.
- 4.6. Обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии считаются исполненными в размере внесенных денежных средств:
 - с момента уплаты Страхователем наличными денежными средствами Страховщику;
 - с момента внесения Страхователем наличных денежных средств для их перевода без открытия банковского счета кредитной организации либо банковскому платежному агенту, осуществляющим деятельность в соответствии с Законодательством России о национальной платежной системе, при условии представления Страховщику документа об исполнении распоряжения о переводе денежных средств в порядке, предусмотренном Банком России;
 - с момента подтверждения обслуживающей Страхователя кредитной организацией исполнения распоряжения Страхователя — физического лица о переводе денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов.
- 4.7. Срок действия договора страхования 1 год. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в разделе 5 Полиса, при условии уплаты премии в полном объеме, и действует в течение срока, указанного в разделе 5 Полиса. Дата вступления Договора страхования в силу указывается в Полисе при заключении Договора страхования в интервале времени с 5 (пятого) по 180 (сто восьмидесятый) день с даты выдачи Полиса Страхователю. Страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие в период действия Договора страхования.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Порядок заключения договора страхования.
 - 5.1.1. Договор страхования заключается в письменной форме путем вручения Страхователю Полиса и приложений к Полису.
 - 5.1.2. 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). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определено оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (Полиса) или в его письменном запросе.
 - 5.1.3. В случае сообщения Страхователем заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.
 - 5.1.4. При утрате Застрахованным лицом страховых документов, указанных в п. 5.1.1. Особых условий, он должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр полиса считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя и выплаты по нему не производятся.
 - 5.1.5. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны договора страхования, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения, по адресам, которые указаны в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все заявления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.
- 5.2. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:
 - истечения срока его действия;
 - исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;
 - по соглашению Сторон;
 - отказа Страхователя от договора страхования;
 - в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.
- 5.3. Страхователь имеет право отказаться от договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (период охлаждения) независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В этом случае Страхователю возвращается оплаченная страховая премия в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного

заявления Страхователя об отказе от договора страхования:

- в полном размере — при отказе от договора страхования до даты начала срока действия страхования;
 - с удержанием части страховой премии пропорционально сроку действия страхования — при отказе от договора страхования после даты начала срока действия страхования.
- 5.4. При отказе Страхователя от договора страхования по истечении периода охлаждения уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.
 - 5.5. В случае отказа Страхователя от договора страхования до момента его вступления в силу Страхователь имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.
 - 5.6. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, если наступила смерть Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И (ИЛИ) ИНЫХ УСЛУГ В ЧАСТИ ДМС / ПОРЯДОК ИЗВЕЩЕНИЯ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ В ЧАСТИ НС

6.1. В части ДМС:

6.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

При необходимости получения амбулаторно-поликлинической помощи Застрахованное лицо (законный представитель застрахованного лица) в течение 72 часов с момента укуса (присасывания), напояния клеща обращается в медицинскую организацию из числа указанных на сайте www.rgs.ru или к специалистам медицинского контактного центра ПАО СК «Росгосстрах» и строго следует указаниям специалиста, который определит порядок необходимых действий Застрахованного лица и медицинскую организацию, в которой ему окажут медицинскую помощь.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и документ, удостоверяющий личность, иммунокарту¹.

Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинской организации.

6.1.2. Стационарная помощь

При необходимости госпитализации Застрахованное лицо (его близкие, лечащий врач) обращается к специалистам медицинского контактного центра ПАО СК «Росгосстрах».

В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую организацию руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного лечебного учреждения.

6.1.3. Реабилитационно-восстановительное лечение

При необходимости получения реабилитационно-восстановительного лечения Застрахованное лицо обращается к специалистам медицинского контактного центра ПАО СК «Росгосстрах».

Организация реабилитационно-восстановительного лечения осуществляется в течение 20 рабочих дней.

Лечение проводится в медицинской организации соответствующего профиля, выбранной по согласованию сторон из перечня медицинских организаций, с которыми у Страховщика есть договорные отношения.

Обязательным условием направления застрахованного лица для оказания ему реабилитационно-восстановительного лечения является наличие у него:

- медицинской справки из медицинской организации с рекомендацией реабилитационно-восстановительного лечения;
- документа, удостоверяющего личность (паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении для ребенка).

На основании указанных выше документов оформляется направление на реабилитационно-восстановительное лечение.

6.2. **В части НС** — Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица, наследники) обязано:

6.2.1. Уведомить Страховщика о страховом событии любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.) **в течение 30 (тридцати) календарных дней** с даты наступления страхового события.

6.2.2. Предоставить Страховщику все необходимые документы, указанные в п. 1.2. Части 3 Программы страхования, для установления факта страхового случая и определения размера страховой выплаты.

7. ВОЗМЕЩЕНИЕ ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. В части ДМС — размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу. Страховая выплата осуществляется Страховщиком:

- 7.1.1. путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг в медицинскую и (или) иную организацию;
- 7.1.2. путем возмещения 100% расходов Застрахованного лица, затраченных им на оплату полученных медицинских и (или) иных услуг, включая оплату стоимости лекарственных препаратов в соответствии с условиями Программы страхования.

7.2. В части НС — страховая выплата производится Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица), в случае смерти Застрахованного лица его наследнику(ам) в следующих размерах:

7.2.1. По риску «Инвалидность в результате инфекционного заболевания»:

¹ Иммунокарта выдается в некоторых регионах обслуживания вместе со страховой документацией.

- III группы и категории «ребенок–инвалид» — 40% от единой страховой суммы, установленной для Застрахованного лица;
- II группы — 60% от единой страховой суммы, установленной для Застрахованного лица;
- I группы — 90% от единой страховой суммы, установленной для Застрахованного лица.

Если в связи с установлением группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу была выплачена часть страховой суммы, и в период действия договора страхования, после его переосвидетельствования, эта группа инвалидности была изменена на группу, при установлении которой договором страхования предусмотрен больший размер страховой выплаты, дополнительная выплата производится в сумме, составляющей разность между указанным большим размером и размером ранее произведенной выплаты.

7.2.2. По риску «Смерть в результате инфекционного заболевания» — 100% единой страховой суммы, установленной для Застрахованного лица (за вычетом страховой выплаты, произведенной ранее по страховому риску «Инвалидность в результате инфекционного заболевания», если она производилась).

7.2.3. Общая сумма выплат по одному или нескольким страховым случаям (п. 3.2.2. настоящих Особых условий), наступившим с Застрахованным лицом не может превышать размера единой страховой суммы, установленной для Застрахованного лица.

7.3. Для получения страховой выплаты в части НС или возмещения расходов Застрахованного лица, затраченных им на оплату полученных медицинских и (или) иных услуг, включая оплату стоимости лекарственных препаратов в части ДМС, Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица, наследниками) представляются Страховщику следующие документы:

- Заявление для получения страховой выплаты (в части НС) / Заявления для возмещения расходов (в части ДМС)².
- Копия страхового полиса (по договорам с физическим лицом) / страховой карты и/или памяти (по договорам с юридическим лицом).
- Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- Документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты / возмещения расходов (законного представителя Застрахованного лица, наследника (для получения страховой выплаты по НС)).
- Документ, подтверждающий полномочия законного представителя Застрахованного лица, не достигшего 18 лет (документ, удостоверяющий родство с Застрахованным лицом (свидетельство о рождении), документ, удостоверяющий статус опекуна (попечителя)).
- Медицинские документы, подтверждающие факт наступления страхового случая в период действия договора страхования (содержащие полный клинический диагноз, сведения о дате установления диагноза, срока лечения, предшествовавших заболеваниям, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза), заверенные подписью руководителя медицинского учреждения и круглой печатью медицинского учреждения (полный перечень медицинских документов указан в п. 1.2. Части 3 Программы).
- В связи со смертью Застрахованного лица также предоставляются: копия медицинского свидетельства о смерти Застрахованного лица с указанием причины смерти и копия Свидетельства о смерти, выданного органом ЗАГС.
- В связи с установлением Застрахованному лицу инвалидности также предоставляются: направление на медико-социальную экспертизу (далее МСЭ), справка МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности, выписка из акта освидетельствования органом МСЭ, протокол проведения МСЭ.
- Выписка банковских реквизитов Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица, наследника) из банка.

7.3.1. Дополнительно для возмещения расходов по ДМС предоставляется:

- Копия лицензии медицинской и (или) иной организации, оказавшей Застрахованному лицу медицинскую услугу. Копии лицензий аптечных организаций предоставлять не надо.
- Один из документов, подтверждающий факт оплаты медицинских и(или) иных услуг:
 - Счет (товарный чек, товарная накладная, реестр услуг), заверенные печатью медицинской и (или) иной организации, с указанием ее наименования; Ф.И.О. пациента; перечня, даты, количества, стоимости оказанных услуг;
 - кассовый чек;
 - квитанция на бланке строгой отчетности.

7.3.2. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически предоставленных документов для признания события, наступившего с Застрахованным лицом, страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

7.3.3. Все предоставленные документы из медицинских организаций или компетентных организаций должны быть оформлены на соответствующем бланке и заверены подписью и соответствующей печатью, а если документ составлен не на бланке — обязательным является штамп учреждения, выдавшего документ. В случаях, когда допускается предоставление копий документов, эти копии должны быть заверены выдавшим органом (организацией) или нотариально, либо иным способом, предусмотренным законодательством РФ.

7.3.4. Документы, предоставленные в качестве основания для страховой выплаты, составленные на иностранном языке, должны быть представлены с приложением нотариально заверенного перевода. Перевод может

быть организован Страховщиком, в этом случае стоимость расходов на перевод и его нотариальное заверение вычитается из суммы страховой выплаты.

7.4. В случае если документов, указанных в п. 7.3. Особых условий, недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая, Страховщик вправе мотивированно затребовать дополнительные документы (в т. ч. документы, дополнительно запрошенные Страховщиком с целью верификации поставленного диагноза) у Застрахованного лица, а также сведения, связанные со страховым случаем, у медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

8. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Решение о страховой выплате в части НС или возмещении расходов Застрахованного лица, затраченных им на оплату полученных медицинских и (или) иных услуг, включая оплату стоимости лекарственных препаратов в части ДМС / или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 20 (Двадцати) рабочих дней после получения последнего из запрошенных документов, подтверждающих факт, причины и обстоятельства наступления заявленного события, имеющего признаки страхового случая.

8.2. После принятия решения о признании события страховым случаем Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней осуществляет страховую выплату. Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке.

8.3. После принятия решения об отказе в выплате Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней направляет уведомление об отказе в страховой выплате.

8.4. Страховая выплата производится путем перечисления суммы выплаты на банковский счет Застрахованного лица, указанный в Заявлении о страховом случае, либо иным способом по согласованию сторон.

8.5. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица по доверенности, оформленной Страхованным лицом в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

8.6. Страховая выплата не производится в случаях, предусмотренных в п. 3.3, п. 3.4 настоящих Особых условий, а также в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.7. Основанием для отказа Страховщика произвести страховую выплату являются:

- 8.7.1. В части НС: неизвещение Страховщика о наступлении страхового случая в сроки, обусловленные настоящими Особыми условиями, 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 произвести страховую выплату;
- 8.7.2. другие предусмотренные настоящими Особыми условиями и действующим законодательством Российской Федерации случаи.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Страховщик обязан:

- разъяснять Застрахованному лицу положения, содержащиеся в настоящих Особых условиях;
- организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам медицинских и (или) иных услуг в объеме, предусмотренном Программой страхования;
- контролировать объем, сроки и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг;
- при наступлении страхового случая по рискам в части НС, а также при необходимости возмещения расходов Застрахованного лица, затраченных им на оплату полученных медицинских и (или) иных услуг, включая оплату стоимости лекарственных препаратов в соответствии с условиями Программы страхования произвести страховую выплату в срок, предусмотренный в п. 8.2. настоящих Особых условий.

9.2. Страхователь обязан:

- предоставить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;
- уплатить страховую премию в определенные договором страхования сроки и в установленном размере;

9.3. Страхователь имеет право:

- получить дубликат договора страхования (Полиса) в случае его утраты;
- отказаться от договора страхования в любое время письменно уведомив об этом Страховщика;

9.4. Застрахованное лицо обязано:

- 9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой страхования;
- 9.4.2. не передавать полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования;
- 9.4.3. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное лицо обязано неукоснительно соблюдать рекомендацию врача с целью уменьшения последствий страхового случая;
- 9.4.4. предоставлять Страховщику и (или) его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и (или) иных организаций для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования.

9.5. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры и разногласия, возникшие между Страхователем (Выгодопри-

² Заявления размещены на сайте Страховщика www.rgs.ru в разделе Здоровье / Добровольное медицинское страхование / Документы.

обратителем) и Страховщиком в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путём переговоров с обязательным направлением надлежащим образом оформленной письменной претензии. При получении одной Стороной договора страхования письменной претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования срок направления ответа на претензию не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней с момента её получения другой Стороной договора страхования.

При этом, если Страхователь (Выгодоприобретатель) является потребителем финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», то Страховщик в порядке, установленном действующим законодательством РФ в отношении финансовых услуг, предоставляемых Страховщиком в рамках настоящих Особых условий, обязан рассмотреть письменную претензию Страхователя (Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленных требований в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии Страхователя (Выгодоприобретателя) в случае, если указанная претензия направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней.

10.2. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) в порядке, установленном действующим законодательством РФ в отношении финансовых услуг, предоставляемых Страховщиком в рамках настоящих Особых условий, обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований, подтвержденных документально. При соответствии требований Страхователя (Выгодоприобретателя) критериям, установленным Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) после соблюдения обязательного претензионного порядка урегулирования спора, предусмотренного п. 10.1 настоящих Особых условий, обязан направить обращение финансовому уполномоченному, при этом обращение в суд по таким требованиям возможно с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

11.1. Страхователь и Страховщик обязаны соблюдать следующие требования к направляемым друг другу уведомлениям:

11.1.1. любое уведомление, направляемое в соответствии с Полисом/договором страхования, должно быть выполнено в письменной форме

и доставляться лично, либо путем предоплаченного почтового (с уведомлением о вручении) или курьерского отправления, либо факсимильной или телексовой связью, либо электронным письмом;

11.1.2. уведомление, отправленное по факсу/телексу, считается полученным в день отправления; при отправлении сообщения курьером или по почте — в день уведомления о вручении;

11.1.3. все уведомления и извещения направляются по адресам, которые указаны в Полисе/договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязаны в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента официальных изменений адресов или реквизитов известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, в результате чего сроки уведомления вынужденно переносятся, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления (не вручения) по прежнему адресу;

11.1.4. любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, считаются направленными в адрес получателя, только если они сделаны в письменной форме.

11.2. Адреса мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, и/или адреса электронной почты, и/или номера телефонов и/или факсов указываются в Полисе/договоре страхования.

11.3. Стороны договорились об использовании электронной почты, адрес которой указан в Полисе, в качестве одного из способов отправки Сторонами юридически значимых сообщений, связанных с возникновением, изменением или прекращением обязательств по настоящему договору, в том числе, но не ограничиваясь:

11.3.1. о применении и направлении Страхователю Полиса, Программы страхования и Особых условий;

11.3.2. о выплате страхового возмещения;

11.3.3. об отказе от договора страхования и т.д.

11.4. Качество документов, вложенных в электронное сообщение, должно позволять достоверно установить их содержание.

11.5. Сообщение считается доставленным с момента поступления электронного письма на указанный адрес электронной почты Стороны-получателя. В случае, если по обстоятельствам, зависящим от получателя, сообщение не было им прочитано, такое сообщение считается доставленным надлежащим образом.

11.6. Заключая Полис/договор страхования, Стороны подтверждают достоверность указанной в нем электронной почты. В случае изменения адреса электронной почты или допущения ошибок в адресе электронной почты сторона, адрес электронной почты которой изменился или допустившая ошибку, должна незамедлительно уведомить другую сторону о таком изменении или ошибке, в противном случае она несет риски последствий представления надлежащего адреса электронной почты.