

Энергогарант-телемед взрослый/детский/семейный

условия добровольного медицинского страхования

(утверждены приказом № 132 от 31.07.2018 г.)

Настоящие Условия разработаны на основании и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования № 9 от 25.01.2017 (далее – Правила страхования). Положения настоящих Условий имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования. Текст вышеуказанных Правил в электронном виде размещен по адресу <https://energogarant.ru/>.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Термины и определения:

1.1.1. Страховщик – ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ», лицензия ЦБ РФ СЛ № 1834 от 01.02.2016 г.

1.1.2. Страхователь – дееспособное физическое лицо в возрасте от 18 лет на дату заключения Договора страхования, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.1.3. Застрахованное лицо – указанное в договоре страхования физическое лицо в возрасте от 0 до 80 лет включительно на дату заключения договора страхования, в отношении которого заключен Договор страхования. Дети в возрасте от 0 до 17 лет включительно на дату заключения Договора страхования. Взрослые в возрасте от 18 до 80 лет включительно на дату заключения Договора страхования.

1.1.4. Программа страхования – перечень видов медицинских и иных услуг (указана на титульной стороне полиса в п. 5), а также порядок их оказания (Приложение № 2).

1.1.5. Медицинские организации:

– юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии;

– физические лица (врачи, фельдшеры), осуществляющие профессиональную медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии, диплома и сертификата специалиста установленной формы.

1.1.6. Сервисные организации – сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг.

1.1.7. Телемедицина – комплекс организационных, технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование систем предоставления дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой Застрахованное лицо получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя информационно-коммуникационные технологии.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, по поводу расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3.2. Не являются застрахованными рисками (страховыми случаями) и не порождают обязательств Страховщика по страховым выплатам обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг в следующих случаях:

3.2.1. До вступления Договора страхования в силу или после срока окончания действия Договора страхования;

3.2.2. Для организации услуг, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования;

3.2.3. При патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.2.4. При покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.2.5. При умышленном причинении Застрахованным лицом себе телесных повреждений.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ/СРОК СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон исходя из выбранной Программы страхования и указывается в Договоре страхования.

4.2. Страховая премия уплачивается единовременно:

4.2.1. В случае уплаты Страхователем страховой премии в сроки, указанные в Договоре страхования, или уплаты страховой премии не в полном объеме, Договор страхования считается не вступившим в силу, обязательство по такому договору у сторон не возникает.

4.3. Обязательство Страхователя по уплате страховой премии считается исполненным:

– в момент подтверждения исполнения перевода всей суммы премии обслуживающей Страхователя кредитной организацией при уплате в безналичном порядке;

– в момент получения всей суммы страховой премии или внесения всей суммы страховой премии в кассу Страховщика, либо его официального представителя – при уплате наличными деньгами.

4.4. Срок страхования указывается в Договоре страхования. Если иное не указано в Договоре страхования, то срок страхования составляет один год.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается в письменной форме путем вручения Страхователю Полиса и приложений к Полису.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

5.4.1. истечения срока действия Договора страхования;

5.4.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

5.4.3. прекращения действия Договора страхования по решению суда;

5.4.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.5. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая (далее – «период охлаждения»):

– до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее – дата начала действия страхования) уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

– после даты начала действия страхования Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

6. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ СОБЫТИЙ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

6.1. Для организации и получения медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования, Застрахованное лицо должно обратиться в медицинскую организацию, указанную в Полисе в порядке и в сроки, определенные Программой страхования.

6.2. Страховщик вправе самостоятельно запрашивать у медицинских организаций медицинскую и иную документацию Застрахованного лица, отражающую его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защиты прав Застрахованного лица.

6.3. Страховщик не производит возмещения фактических расходов Застрахованного лица, если последний самостоятельно оплатил медицинскую помощь, предусмотренную Программой страхования, если таковая не была организована или согласована со Страховщиком.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Страховщик обязан:

7.1.1. организовать и оплатить оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, предусмотренную Программой;

7.1.2. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

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

7.3. Страхователь имеет право:

7.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и (или) ее оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;

7.3.2. отказаться от Договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

7.4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

7.4.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

7.4.2. уплатить страховую премию в определенные договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

7.4.3. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой страхования;

7.4.4. не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

8.2. При недостижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.