

ПРАВИЛА ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ № 010

с 1 августа 2021 года



СТРАХОВЫЕ ТЕРМИНЫ

1. ПОНЯТИЯ, ТЕРМИНЫ

1.1. Если контекст прямо не требует иного, определения, которые пишутся с заглавной буквы, для целей Договора страхования, в уведомлениях Сторон, в иной сопутствующей документации имеют приводимые ниже значения:

1.1.1. **Услуга амбулаторной хирургии** - плановая медицинская помощь с применением лечебного и (или) диагностического вмешательства. Должна соответствовать перечню амбулаторных хирургических услуг, утвержденному министром здравоохранения Литовской Республики и действующему на момент оказания услуги. Продолжительность услуги - не более чем 1 (один) койко-день (именно столько Застрахованное лицо пребывает в медицинском учреждении).

1.1.2. **Застрахованное лицо/ Застрахованный** - указанное в Договоре физическое лицо, Страховой риск и имущественные интересы которого являются застрахованными.

1.1.3. **Услуга хирургии одного дня/ стационара одного дня** - плановая медицинская и/или медико-диагностическая помощь, оказываемая Застрахованному лицу в течение срока не дольше 24 часов (при необходимости - не дольше 48 часов). Услуга должна соответствовать Перечню хирургических услуг одного дня / дневного стационара, утвержденному министром здравоохранения Литовской Республики и действующему на момент оказания конкретной услуги.

1.1.4. **Страхователь** - лицо, которое в своих интересах или в пользу застрахованных, третьих, лиц, заключает Договор со Страховщиком.

1.1.5. **Страховщик** - компания Compensa Life Vienna Insurance Group SE действующая через филиал в Литве - Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialas (правообладатель/ преемник, если это применимо).

1.1.6. **Страховая защита** - обязанность Страховщика при наступлении Страхового случая выплатить Страховые выплаты в порядке и на условиях, установленных в Договоре.

1.1.7. **Страховое возмещение (страховые выплаты)** - денежная сумма, которую Страховщик при наступлении Страхового случая по Договору выплачивает Получателю страховой защиты.

1.1.8. **Получатель Страховой выплаты** - Застрахованное лицо или Партнер (правопреемник или наследник), приобретающий право на Страховое возмещение (либо часть выплаты) в порядке и на условиях, установленных Договором и/или действующим законодательством.

1.1.9. **Страховая премия (взнос)** - сумма, которую Страхователь уплачивает Страховщику за Страховую защиту и сопутствующие услуги по Договору. Размер и срок уплаты указываются в Страховом полисе.

1.1.10. **Период страхования** - предусмотренный в Договоре и конкретно определенный срок, в течение которого действует Страховая защита.

1.1.11. **Страховой полис** - документ с подтверждением заключения Договора на установленных условиях, выдаваемый Страховщиком в установленные сроки при заключении Договора и / или при изменении его условий. При выдаче нового или последующего Страхового сертификата (полиса) утрачивает силу предыдущий полис (-ы), действовавший на основании данного Договора.

1.1.12. **Страховой риск** - вероятность наступления Страхового случая и / или размер возможных расходов Застрахованного лица в связи с указанным случаем.

1.1.13. **Страховая сумма** - указанная в Страховом сертификате (полисе) максимальная денежная сумма, на которую застрахованы соответствующие имущественные интересы.

1.1.14. **Правила по страхованию** - сведения Правила медицинского страхования, на основании которых заключаются все договоры на распространяемый Страховщиком продукт медицинского страхования.

1.1.15. **Страховой случай** - предусмотренное Договором событие, при наступлении которого Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение в порядке и на условиях, установленных в Договоре.

1.1.16. **Дата Страхового случая** - день установления наступления Страхового случая в период действия Страховой защиты:

а) в случае приобретения некачественных продуктов, изделий - день фактической оплаты; если расчет производился по частям, то Датой Страхового случая считается день первого платежа за некачественный продукт;

б) в случае приобретения некачественных услуг - день, когда Застрахованное лицо фактически получило некачественную услугу;

в) в случае Критического заболевания - день, когда было диагностировано критическое заболевание.

1.1.17. **Э-система** - электронная система / страховая программа обмена документами, информацией и (или) уведомлениями между Страховщиком и Застрахованным лицом (в том числе заявками либо иной формой волеизъявления). Порядок и условия пользования системой устанавливает Страховщик.

1.1.18. **Паллиативная помощь** - долгосрочный уход и поддерживающая терапия на дому, в лечебном учреждении или в другом учреждении социальной поддержки для людей с тяжелыми хроническими заболеваниями, когда не применяется активное лечение.

1.1.19. **Вычет** - часть расходов, которую при наступлении Страхового случая самостоятельно покрывает Застрахованное лицо.

1.1.20. **Военные действия / условия чрезвычайной ситуации** - события (обстоятельства), которые вне зависимости от того, объявлена ли война официально, угрожают конституционному строю или общественному спокойствию, в частности: военное вторжение или аналогичные военные действия, оккупация, осадное положение, массовые или гражданские беспорядки с применением боевого оружия, введение военного администрирования, революция, гражданская война, государственный переворот.

1.1.21. **Клиент** - физическое или юридическое лицо (их представитель), в том числе Страхователь и Застрахованное лицо, которые пользуются услугами Страховщика или объявили о соответствующем намерении.

1.1.22. **Карта (именная)** выдается Страховщиком для конкретного Застрахованного и подтверждает правомерность предоставления Страховой защиты на условиях Договора.

1.1.23. **Критическое заболевание** - болезнь или операция, соответствующая критериям диагностирования в соответствии с Приложением №1 (раздел 14) к Правилам по страхованию.

1.1.24. **День диагностирования критического заболевания** - это одна из указанных ниже дат:

а) в случае Критического заболевания из тех, что указаны в пунктах 14.4.1.4-14.4.1.6 и п. 14.4.1.13 (с проведением операции) Приложения № 1 к Правилам по страхованию, - день хирургической операции Застрахованного лица;

б) в случае Критического заболевания, указанного в пункте 14.4.1.7 Приложения №1 к настоящим Правилам, - день, когда Застрахованное лицо включено в официально утвержденный перечень претендентов на операцию, либо день трансплантации органа, если Застрахованное лицо не было включено в указанный официальный список;

в) в случае Критического заболевания, указанного в пункте 14.4.1.1 Приложения №1 к настоящим Правилам, - день забора пробы для гистологического исследования, на основании которого врач-специалист диагностировал Критическое заболевание;

г) в иных случаях Критических заболеваний, предусмотренных в Приложении №1 настоящим Правил, - день, когда Застрахованному диагностировали Критическое заболевание.

1.1.25. **Медицинские принадлежности** - это бинты, пластыри, шприцы, инсулиновые шприцы, капельные системы, калоприемники, уркатетеры, стомные мешки / коллекторы.

1.1.26. **Услуги по медицинским показаниям** - необходимые для Застрахованного лица услуги компетентного врача, что зафиксировано в медицинской документации на основании жалоб больного, признаков и симптомов заболевания.

1.1.27. **Медицинские изделия** - это разного рода изделия медицинского назначения, в частности: ортопедические приспособления; одноразовые инструменты и приспособления, используемые для оказания услуг дневного хирургического стационара или амбулаторной хирургии.

1.1.28. **Медицинские неинвазивные изделия** - глюкометры и тест-полоски к ним, слуховые аппараты, системы парентерального питания, капельницы, помпы / насосы, ингаляторы.

1.1.29. **Нестраховой случай** – событие / обстоятельства, по которым Страховщик не выплачивает Страховое возмещение.

1.1.30. **Невозмещаемые расходы** - указанные в страховой программе страхования здоровья расходы Застрахованного лица, которые в соответствии с Договором не возвращаются Страховщиком, даже если они возникли в связи с Расстройством здоровья.

1.1.31. **Несчастный случай** – внезапное и непредвиденное воздействие внешних сил на организм человека, следствием которого становится временная травма или постоянное

Расстройство здоровья Застрахованного, включая утопление, тепловой / солнечный удар, обморожение, острое отравление газом или другими токсическими веществами и исключая пищевое отравление.

1.1.32. **Нетрадиционная медицина** - услуги специалиста, оказываемые в медицинских учреждениях в области диагностики и лечения методами нетрадиционной медицины, к которым относятся: акупунктура (иглоукалывание), электроакупунктура, биорезонансная компьютерная диагностика, тесты на пищевую непереносимость, гидроколонтотерапия, фитотерапия, лечение пиявками, литотерапия (лечение с помощью камней), апитерапия, аэрофитотерапия, музыкальная терапия и арт-терапия, хромотерапия, остеопатия, гомеопатия, эндобиогенная медицина, кинезиология, рефлексотерапия, китайская медицина, аюрведа, йога, рейки; аутогенные тренировки.

1.1.33. **Удаленные медицинские услуги** в соответствии с действующим законодательством оказываются с применением современных средств связи, без физического присутствия Застрахованного.

1.1.34. **Ортопедические средства** - шинно-протезные системы, костыли, опорные трости, разного рода вкладыши, компрессионные чулки, послеоперационная обувь.

1.1.35. **Партнер** - деловой партнер – юридическое лицо, с которым имеется соглашение об обслуживании клиентов Страховщика при оказании услуг по страхованию здоровья. Партнер не является представителем Страховщика. Список партнеров объявляется на сайте Страховщика.

1.1.36. **Оферта** - предложенные условия, на которых Страховщик соглашается заключить Договор.

1.1.37. **Фонд обязательного страхования здоровья**

(по-литовски - PSDF).

1.1.38. **Радиация** - радиоактивное излучение, радиоактивное заражение или отравление (интоксикация), воздействие ядерной реакции или распространения ядерной энергии (в том числе - вследствие незаконного применения ядерного оружия).

1.1.39. **Реабилитационное лечение** – лечебные меры в связи с Расстройством здоровья Застрахованного лица (острое состояние, обострение заболевания, Травма) в комплексе с другими мерами и/или в качестве дополнительной меры после неэффективного или недостаточно эффективного медикаментозного, хирургического, иммобилизационного лечения.

1.1.40. **Договор** - Договор по страхованию здоровья, в соответствии с которым Страховщик обязуется за оговоренное вознаграждение при наступлении Страхового случая в установленном в Договоре порядке выплатить Страховое возмещение, а Страхователь - надлежащим образом и своевременно платить Страховую премию (взносы) и выполнять иные обязательства по Договору. Неотъемлемые части Договора: Страховой сертификат (полис), Правила по страхованию здоровья, Оферта, сопутствующие или дополнительные документы сторон Договора с изложением требований/ условий (например, индивидуальные условия), включая приложения, изменения, дополнения, новую редакцию.

1.1.41. **Программой страхования здоровья** определяются объем Страхового риска, принимаемого на себя Страховщиком, и характер Страхового возмещения (Приложение №1 к настоящим Правилам).

1.1.42. **Медицинское учреждение** - юридическое лицо, оказывающее Медицинские услуги и Реабилитационно-оздоровительные услуги на основании государственной лицензии, в установленном действующим законодательством порядке.

1.1.43. **Медицинская услуга** – предусмотренная в Договоре и оказанная Застрахованному лицу в Медицинском учреждении услуга, предоставленный продукт (напр., лекарство, медицинское средство) с целью диагностики и / или лечения заболевания либо состояния Расстройства здоровья, профилактики и содействия в восстановлении и укреплении здоровья, предоставлении услуг и материальных гарантий для целей улучшением здоровья.

1.1.44. **Оздоровительные услуги** предусмотрены Договором и оказываются Застрахованному лицу с целью профилактики заболеваний, повышения иммунитета, устойчивости к Травмам.

1.1.45. **Расстройство здоровья** - состояние здоровья или физиологическое состояние Застрахованного лица, требующее обследования, лечения и / или иных услуг, предусмотренных Договором.

1.1.46. **Специалист в сфере здравоохранения** - работник, имеющий действительную лицензию, выданную в соответствии с требованиями по конкретному виду медицинской деятельности.

1.1.47. **Оздоровление / Реабилитация** - кинезиотерапия, фитнес и другие процедуры, например, с применением массажных столов и / или кресел, ковриков, массажеров, тренажеров, фитнес-лент, гантелей / гирь, мячей, ортопедических (эргономических) подушек.

1.1.48. **Лекарства** - приобретенные в Аптеках медицинские препараты, которые зарегистрированы компетентными органами в Литовской Республике или Европейском сообществе и имеют АТХ классификацию по анатомическим, терапевтическим и химическим признакам (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, ATC / DDD).

1.1.49. **Аптека** - юридическое лицо или его подразделение, имеющее лицензию на осуществление фармакологической деятельности, включая дистанционную продажу Лекарственных средств.

1.1.50. **Международная санкция** - экономическая или финансовая ограничительная / запретительная мера (эмбарго и т.п.), введенная по решению Организации Объединенных Наций или Европейского Союза, в соответствии с законодательными актами Литовской Республики, Соединенных Штатов Америки (включая санкции, от Минфина США), Соединенного Королевства или иной страны.

1.1.51. **Травма** - событие, имевшее место помимо воли Застрахованного, вследствие внезапного, непреднамеренного, непредвиденного воздействия внешних сил, в результате которого Застрахованному причинен телесный вред и / или нарушение функции органов.

1.2. Указания (ссылки) в Договоре на любой документ означают и указания на изменения, дополнения или новую редакцию этого документа.



ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Условия Договора страхования

2.1.1. Условия Договора определяются Правилами по страхованию и применяются в отношении всех Договоров, вступивших в силу с даты начала действия настоящих Правил, если в них не предусмотрено иное. Страховой полис детализирует и подтверждает условия, согласованные сторонами Договора, включая, но не ограничиваясь Страховой защитой, дополнительными или индивидуально установленными условиями.

2.1.2. Сведения Правил страхования по своим положениям не аналогичны Общим условиям страхования, применяемым Страховщиком.

2.2. Порядок действия, толкование и применение Договора

2.2.1. Договор вступает в силу начиная с даты подписания, если в нем не предусмотрен иной срок или порядок вступления в силу.

2.2.2. Договор прекращается: 2.2.2.1. после истечения Страхового периода, предусмотренного Договором;

2.2.2.2. после выплаты Страхового возмещения в полном размере;

2.2.2.4. при расторжении Договора в порядке и в случаях, предусмотренных Договором или действующим законодательством;

2.2.2.5. в случае смерти Застрахованного лица;

2.2.2.6. при наличии иных оснований для прекращения обязательств в соответствии с действующим законодательством.

2.2.3. Договор, заключенный применительно к группе Застрахованных лиц, может быть расторгнут с применением пункта 2.2.2 исключительно в отношении определенного лица (напр., умершего Застрахованного либо Застрахованного, которому сумма Страхового возмещения выплачена полностью), однако это не отменяет действия Договора в отношении других Застрахованных лиц.

2.2.4. В случае, если обнаружались какие-то несоответствия и / или противоречия между отдельными частями Договора, его условия и требования применяются и толкуются исходя из приоритетности условий и требований, изложенных в предыдущем документе по отношению к изложенным в последующем документе в следующем порядке: Страховой сертификат (полис), включая документы с изложением особых или индивидуально согласованных условий, Оферта (в письменной форме), Правила по страхованию здоровья.

3. ИДЕНТИФИКАЦИЯ КЛИЕНТА

3.1. Клиент и / или его представитель предоставляет Страховщику затребованные им сведения и документы, в приемлемой форме подтверждающие личность Клиента, регистрационные сведения, доверенности, иные документы либо сведения, связанные с заключением, исполнением, расторжением Договора или необходимые по действующему законодательству.

3.2. Страховщик вправе не принять от представителя документ, в котором четко и прямо не выражены право представительства или полномочия в отношении заключения и совершения соответствующих действий, сделок и т.п.

3.3. Клиент обязан в разумный срок сообщать Страховщику о любом изменении данных в идентификационных и / или представительских документах, недействительности /

окончания - с указанием причины. В противном случае Страховщик имеет право основываться на документах и данных, которые предоставлены ему для этой цели последними.

3.4. Страховщик вправе установить порядок идентификации при подаче и получении уведомлений в зависимости от характера и требований касательно подписания или утверждения тех или иных документов. В случае любых сомнений Клиент обязан подтвердить свое волеизъявление, личность, дату документа и / или подлинность подписи в приемлемом для Страховщика порядке. Страховщик вправе воздержаться от совершения каких бы то ни было действий либо приостановить исполнение своих обязательств по Договору до разрешения указанных выше сомнений и получения необходимых подтверждений.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор заключается после принятия Страхователем предложения Страховщика (Оферта) касательно заключения Договора на указанных условиях. При этом Страхователь выбирает характер и объем Страховой защиты, Страхового риска из возможных вариантов Программы страхования и / или других условий, согласованных между Сторонами.

4.2. Программу страхования здоровья выбирает Страхователь (либо это делает Застрахованное лицо с одобрения и при содействии Страхователя):

- 4.2.1. Амбулаторное лечение и диагностика
- 4.2.2. Стационарное лечение
- 4.2.3. Беременность, роды, послеродовое наблюдение
- 4.2.4. Одонтологические услуги
- 4.2.5. Лекарства и медицинские средства
- 4.2.6. Витамины, безрецептурные лекарства;
- 4.2.7. Оптика
- 4.2.8. Периодические профилактические медосмотры и анализы / исследования
- 4.2.9. Прививки
- 4.2.10. Реабилитационное лечение
- 4.2.11. Медицинские услуги
- 4.2.12. Физкультурно-оздоровительные услуги
- 4.2.13. Все услуги
- 4.2.14. Критические заболевания

4.3. Оферта Страховщика действует в течение 30 (тридцати) дней с даты подачи предложения, если в тексте Оферты не указано иное.

4.4. До заключения Договора и / или в течение его срока действия Страховщик имеет право запросить сведения (информацию), которые важны для оценки Страхового риска, запросов Клиента, возможности Страховщика исполнить обязательства по Договору и / или требуются по действующему законодательству. Клиент обязан в полном размере предоставить исчерпывающую и достоверную информацию.

4.5. При оценке Страхового риска Страховщик вправе учитывать возраст, состояние здоровья и другие обстоятельства, имеющие значение для оценки Страхового риска.

4.6. Если иное не предусмотрено в тексте Договора, Договор считается заключенным, а все его условия согласованными и подтвержденными сторонами Договора с даты подписания Страхового сертификата (полиса).

4.7. Страховщик после заключения Договора передает Страхователю Карты для передачи всем Застрахованным (если Стороны не условились об ином). Страхователь, исполняя свою обязанность, вручает Карту каждому Застрахованному лично, обеспечивая конфиденциальность персональных данных.

4.8. Страхователь обязан сообщать Застрахованному лицу о заключении, изменении и / или расторжении Договора, знакомить с условиями Договора, обеспечивать надлежащее и своевременное исполнение Застрахованным лицом (лицами) всех условий Договора, включая требуемые Страховщиком подтверждения, согласования, сведения и прочую информацию.

5. УТОЧНЕНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ

5.1. При наличии обоснованных сомнений в полноте и точности информации или при выявлении новых обстоятельств (фактов) относительно здоровья Застрахованного лица либо в других случаях, требующих дополнительной информации, Страховщик вправе потребовать медицинского осмотра Застрахованного

лица в приемлемом для Страховщика медицинском учреждении и / или получения компетентного заключения от медицинского эксперта. Если такие требования были предъявлены до заключения Договора, то расходы на проверку здоровья оплачиваются Страховщиком.

Застрахованному, который не соглашается на данную проверку здоровья, Страховик может уменьшить Страховое возмещение либо отказать в выплате.

5.2. Страховщик вправе при необходимости проверить состояние здоровья или историю болезни Застрахованного лица до заключения Договора, путем запросов, поданных

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страхователь и Страховщик устанавливают Страховую премию (взнос) на весь Период страхования. Размер зависит от Программы страхования, Страховой суммы, оценки Страховых рисков и других условий Договора.

6.2. Страховая премия должна уплачиваться в порядке и в сроки, указанные в Страховом сертификате (полисе). В случае несвоевременной уплаты Страховой премии или ее части могут быть начислены пени, предусмотренные в Договоре, а также по усмотрению Страховщика может быть приостановлено действие Страховой защиты либо прекращено действие Договора.

6.3. Страховая премия уплачивается Страховщику платежным поручением или иным приемлемым безналичным способом в валюте Договора. В случае, если Страховая премия уплачивается в валюте, которая отлична от валюты Договора,

Партнерам либо в иные медицинские учреждения перед заключением Договора и в течение всего срока действия Договора, например, при расследовании Страхового случая и т.п. Если не удастся получить сведения и / или документы, их Страховщику обязан предоставить либо Страхователь, либо Застрахованное лицо.

либо высчитать из ее суммы расходы на конвертацию, а также сопутствующие траты.

6.4. При уплате Страховой премии следует указать сведения, которые необходимы Страховщику для правильной идентификации Страховой премии и ее закрепления в Договоре. Страхователь несет ответственность за уплату Страховой премии в соответствии с условиями Договора.

6.5. Датой уплаты Страховой премии признается день, когда Страховую премию, поступившую на его банковский счет, Страховщик закрепляет за соответствующим договором. Если Страховщик не может соотнести уплаченную Страховую премию с конкретным договором, она считается неуплаченной до тех пор, пока Страховщик не установит, по какому Договору уплачена Страховая премия, и за каким договором она закрепляется.



ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

7. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Объект страхования - это имущественный интерес, связанный со здоровьем Застрахованного и его медицинским обеспечением.

8. СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА

8.1. Страхователь пользуется правом выбора из предлагаемых Страховщиком Программ страхования и их объема, а также выбирает иные условия Договора. От этого выбора зависит Страховой риск, принимаемый Страховщиком по Договору. Соглашением между Страхователем и Страховщиком Застрахованному лицу предоставляется Страховая защита, объем и лимиты которой указаны в Страховом сертификате (полисе), приложениях к нему, в отдельных условиях и Правилах по страхованию.

8.2. Если Договором не предусмотрено иное, Страховая защита действует только на территории Литовской Республики, т. е. Страховое вознаграждение выплачивается только за Медицинские услуги и Страховые случаи, имевшие место в Литве.

8.3. Страховая защита вступает в силу в первый день Периода

страхования (в 0.00 ч), если Договором не предусмотрено, что его вступление в силу связано с уплатой первой Страховой премии / ее части, и действует до 24.00 часов последнего дня Периода страхования либо дня расторжения или истечения срока Договора на иных основаниях.

8.4. Страховщик вправе установить, что Страховая защита Застрахованного лица вступает в силу только после того, как он активирует страховую именную Карту и / или представит согласия, подтверждения либо другую информацию, сведения или документы, требуемые Страховщиком.

8.5. Страховая защита может быть приостановлена в порядке и на условиях, предусмотренных Договором. Если Страховой случай наступает во время приостановления действия Страховой защиты, то Страховщик не выплачивает Страховое возмещение.

9. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

9.1. Обязательные признаки Страхового случая:

9.1.1. Страховой случай предусмотрен в Договоре, соответствует указанным в нем требованиям и условиям, включая понятия и критерии по каждой страховой программе, которые определены в Правилах по страхованию (Приложение №1), в частности - в Особых условиях и Специальных условиях Правил по страхованию;

9.1.2. дата Страхового случая - после вступления в силу Договора и во время его действия, в Период Страхования, во время и в пределах действия Страховой защиты;

9.1.3. Страховой случай связан с предоставлением услуг в Медицинском учреждении медицинским работником, который действовал в пределах своей компетенции, имея действительную лицензию на осуществление медицинской практики, выданную компетентным государственным органом в соответствии с действующим законодательством;

9.1.4. Страховой случай связан исключительно и непосредственно с Застрахованным, и расходы несет (если это применимо) сам Застрахованный;

9.1.5. Страховой случай обосновывается соответствующими доказательствами и документами, по форме и содержанию приемлемыми для Страховщика.

9.2. Выплата Страхового возмещения связана с компенсацией расходов при наступлении оговоренного в Договоре Страхового случая и не превышает Страховую сумму, установленную в Договоре.

9.3. Если в связи со Страховым случаем у Застрахованного лица возникли расходы продолжительного характера или частичные (напр., медицинские продукты или изделия оплачивались в рассрочку), то в соответствии с пунктом 1.1.16 Правил страхования возмещаются только расходы, фактически понесенные в течение Периода страхования, с учетом даты наступившего Страхового случая.

10. СТРАХОВАЯ СУММА

10.1. Страховая сумма определяется отдельно по каждой Программе страхования здоровья и в отношении каждого Застрахованного, если Договором не предусмотрено иное.

10.2. После каждой выплаты Страхового возмещения, предусмотренного Договором, на размер выплаты соответственно уменьшается и далее не восстанавливается.



ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЕ

11. НЕПРИМЕНЕНИЕ (СОКРАЩЕНИЕ) СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховое возмещение не выплачивается:

11.1.1. при Нестраховых случаях (общих для всех Программ страхования здоровья либо детализованных по отдельности);

11.1.2. при Некомпенсируемых расходах;

11.1.3. при наступлении Страхового случая в период, когда действие Страховой защиты было приостановлено или не действовало по иным основаниям;

11.1.4. при освобождении Страховщика от выплаты Страхового возмещения в случаях, предусмотренных Договором или действующим законодательством.

11.2. Случаи, когда Страховщик имеет право уменьшить страховое возмещение или отказать в выплате:

11.2.1. нарушены или ненадлежащим образом выполнены обязательства, предусмотренные Договором или действующим законодательством в отношении уведомления о Страховом случае;

11.2.2. дата, обстоятельства и / или последствия Страхового случая, понесенные расходы, иные существенные сведения не могут быть полностью и точно установлены на основании тех данных или документов, которые представлены лицом, претендующим на получение Страховой выплаты, либо такое лицо не содействует или препятствует расследованию Страхового случая и получению необходимой информации;

11.2.3. Страховщику представлены ошибочные, заведомо ложные или неполные сведения / документы, не раскрыта вся и полная

информация, которая могла бы повлиять на заключение Договора, его условия и Страховой риск, либо была скрыта значимая информация об оказанных Медицинских услугах, о проблемах со здоровьем, об иных существенных обстоятельствах для изучения или оценки Страхового случая;

11.2.4. Договор был использован в незаконных целях, в частности в мошеннических целях - для незаконного получения Страховой выплаты;

11.2.5. если страхование одного и того же риска было оформлено по нескольким договорам, заключенным с разными страховщиками (двойное страхование), то при наступлении Страхового случая страховая выплата от Страховщика уменьшается пропорционально доле ответственности Страховщика. В любом случае общая сумма, выплаченная по всем договорам страхования, не может превышать расходы, понесенные Застрахованным;

11.2.6. в случае отказа Застрахованного от медицинского освидетельствования, прохождения которого требует Страховщик в порядке и на условиях, предусмотренных Правилами по страхованию;

11.2.7. если Страхователь или Застрахованный не исполняет Договор или исполняет ненадлежащим образом, что увеличивает вероятность Страхового случая или обусловленных им убытков / расходов;

11.2.8. в иных случаях и в порядке, установленных Договорами / или действующим законодательством.

12. НЕСТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

12.1. Согласно Договору, любая программа по страхованию здоровья, если в ней прямо не указано иное, к Нестраховым случаям относит Расстройства здоровья и соответствующие расходы на Медицинские услуги, прочие предусмотренные Договором услуги и медицинские изделия, другие сопутствующие заболевания или состояния, а также любые понесенные расходы:

12.1.1. в связи с военным или чрезвычайным положением;

12.1.2. в связи с радиацией, использование химических или биологических веществ - помимо мирных целей;

12.1.3. в связи с пандемией, а также природными катастрофами, стихийными глобальными бедствиями;

12.1.4. в случае умышленного нанесения вреда собственному здоровью или попытки самоубийства Застрахованного;

12.1.5. в случае самовольного прекращения или изменения схемы лечения, назначенного врачом;

12.1.6. вследствие умысла на совершение преступного деяния у Застрахованного (либо при совершении такого деяния) и/или в

связи с действием или бездействием в условиях совершения деяния, направленного против общественной морали;

12.1.7. в связи с умышленными действиями или бездействием Страхователя или Застрахованного;

12.1.8. в связи с такими отягчающими обстоятельствами, как алкогольное / наркотическое опьянение, применение токсических или иных опасных веществ.



УВЕДОМЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ

13. ПОРЯДОК УВЕДОМЛЕНИЯ

13.1. Обязанность уведомить Страховщика о наступившем Страховом случае имеют

13.1.1. Застрахованный, если Медицинские услуги или иные услуги/продукты, предусмотренные Договором, были получены Застрахованным не в Партнерской организации (либо Застрахованный при оплате не задействовал именную карту). Страховщика надлежит уведомить в письменном виде или через Электронную систему (Э-система).

13.1.2. Партнер в случае, когда он предоставил Застрахованному Медицинские услуги или иные услуги / продукты, предусмотренные Договором, и Застрахованный для их оплаты

использовал Страховую Именную карту в порядке, установленном договором о сотрудничестве между Страховщиком и Партнером.

13.2. Уведомление о Страховом случае должно быть отправлено незамедлительно, в любом случае в течение 30 (тридцати) календарных дней после наступления Страхового случая.

13.3. Несвоевременное уведомление о Страховом случае считается существенным нарушением Договора, в связи с чем Страховщик имеет право отказаться от выплаты Страхового возмещения или уменьшить его.

14. ОЦЕНКА СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

14.1. При получении уведомления о Страховом случае Страховщик занимается подробным изучением факта, причин, обстоятельств и вероятностных последствий случившегося, а также установлением размера возможного Страхового возмещения.

14.2. Страхователь, Застрахованное лицо, Получатель страховой выплаты обязаны сотрудничать со Страховщиком в расследовании обстоятельств события, которое может быть признано Страховым, в полном объеме обеспечивая законный доступ Страховщика к информации, связанной с событием.

14.3. Лицо, претендующее на Страховое возмещение, подает Страховщику документы приемлемой формы и содержания, подтверждающие вероятность обстоятельств, причин, последствий Страхового случая, а также документы, указанные в пункте 15.1 настоящего Договора (отдельно запрошенные Страховщиком), иные сопутствующие документы и сведения, которые могли бы повлиять на трактовку события или определение размера Страхового возмещения.

14.4. Расходы, связанные с получением и передачей Страховщику подтверждающих документов, оплачивает лицо, претендующее на получение страхового возмещения.

14.5. Страховщик также может запросить информацию, разъяснения, документы и т.п. от других физических и юридических лиц, компетентных учреждений и ведомств.

14.6. После поступления всей необходимой информации Страховщик оценивает обстоятельства на предмет соответствия

требованиям Договора и принимает решение о выплате (невыплате) страхового возмещения и об исчислении размера выплаты.

14.7. Если Страховщику требуются специальные познания или экспертное заключение касательно каких-то обстоятельств, фактов либо их оценки при изучении вероятностного Страхового случая (или для обоснования решения), Страховщик вправе обратиться за консультацией, заключением или мнением к специалистам, экспертам в соответствующей области. Соответствующие расходы несет сам Страховщик.

14.8. Если между сторонами Договора в связи с оценкой или решением Страховщика возникают разногласия, то Страховщик и Страхователь (или Застрахованный) могут договориться и принять решение о повторном рассмотрении / оценке обстоятельств Страхового случая независимым экспертом (экспертами). Соответствующие расходы несет лицо, которое было инициатором решения, если Стороны не договорились об ином. В качестве экспертов не привлекаются лица, которые могут создать конфликт интересов. Каждая Сторона знакомит независимого эксперта (экспертов) в письменной форме со всеми фактами, данными и документами, которые могут повлиять на точную, объективную оценку состояния здоровья Застрахованного, и / или обстоятельств происшествия, и / или размера ущерба. Независимые эксперты должны представить свои выводы всем Сторонам одновременно. Сторона вправе не согласиться с мнением независимых экспертов и обратиться в компетентные органы и / или суд для разрешения спора в соответствии с действующим законодательством.



СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

15. ЗАЯВЛЕНИЕ И ДРУГИЕ ДОКУМЕНТЫ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

15.1. Для рассмотрения Страхового случая на предмет возможной выплаты Страхового возмещения должны быть представлены обоснования - в установленном Страховщиком порядке, соответствующей формы и содержания:

15.1.1. заявление на получение Страхового возмещения по форме, установленной Страховщиком;

15.1.2. документ, подтверждающий приобретение Услуг и / или продуктов (счет-фактура), и документ, подтверждающий оплату (кассовый приходный ордер, кассовый чек, квитанция приема наличных денег и т.п.);

15.1.3. выписки из медицинских документов или их копии, которыми подтверждаются:

- факт Страхового случая, дата и обстоятельства Страхового случая (напр., Расстройство здоровья и обстоятельства его возникновения, развитие, объективное состояние Застрахованного; назначенные обследования, подтверждающие Расстройство здоровья; результаты обследований и т.п.);

- код Заболевания;

- другая информация, которая является существенной для надлежащего и полного рассмотрения Страхового случая или была запрошена Страховщиком;

15.1.4. рецепт на Лекарственное средство / Медицинское изделие, или иной медицинский документ, или его копия, что является обязательным для возмещения расходов по Страховой программе «Лекарственные средства и медицинские изделия», независимо от того, является ли Лекарственное средство или Медицинское изделие рецептурным или нет. Если Лекарство приобретено по электронному рецепту, то Застрахованному лицу следует:

- уточнить, что в платежном документе присутствует указание на приобретение лекарственного средства по электронному рецепту, или

- представить копию электронного рецепта либо иного медицинского документа;

15.1.4. копия справки об осуществлении индивидуальной деятельности или свидетельства о предпринимательской деятельности лица, оказавшего услуги (если услуги оказываются лицом, осуществляющим такую деятельность);

15.1.6. согласия, другие документы или сведения, требуемые в рамках соответствующей программы по страхованию здоровья;

15.1.7. иные запрошенные Страховщиком документы для целей мотивированного обоснования Страхового случая и его обстоятельств.

16. ВЫПЛАТА ВОЗМЕЩЕНИЯ

16.1. Страховщик при выплате Страхового возмещения уменьшает его размер на Сумму вычета и применяет иные предусмотренные в Договоре ограничения, связанные с исчислением и / или выплатой Страхового возмещения.

16.2. Страховое возмещение выплачивается:

16.2.1. Партнеру – в порядке, предусмотренном договором о сотрудничестве, когда он предоставляет Застрахованному медицинские услуги или иные услуги / продукты, предусмотренные Договором, и для их оплаты Застрахованный использует Страховую Именную карту в порядке, установленном Партнером;

16.2.2. В случае, если Медицинские услуги или иные услуги / продукты, предусмотренные Договором, Застрахованный получил не у Партнера (либо у Партнера, но не использовал Карту);

16.2.3. Застрахованному – в случае, предусмотренном в пункте 14.2.1.1 Приложения №1 Правил страхования здоровья.

16.3. Страховое возмещение выплачивается не позднее 30 (тридцати) дней с даты получения в требуемой Страховщиком форме и содержании всех сведений и / или документов, имеющих существенное значение для установления

факта Страхового случая, его обстоятельств, последствий и размера Страхового возмещения.

16.4. Если событие признается Нестраховым случаем, то Страховщик информирует о таком решении и / или об отказе в выплате Страхового возмещения в течение 30 (тридцати) дней с даты получения полной информации, имеющей существенное значение для установления факта, обстоятельств и последствий события.

16.5. Возврат Страхового возмещения должен быть осуществлен незамедлительно, в любом случае - не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты получения соответствующего запроса Страховщика - надлежит вернуть ему необоснованно уплаченное Страховое возмещение, в том числе переплату в связи с превышением Страховой суммы.

16.6. Страховщик вправе дать указание, чтобы лицо, ходатайствующее о страховом возмещении, в банке, действующем в Литовской Республике, или в другом кредитном учреждении открыло на свое имя счет для перечисления Страхового возмещения.

16.7. Из выплачиваемой суммы Страхового возмещения Страховщик вправе вычесть расходы (конвертация валюты, плата за подачу и исполнение платежного поручения и др.).



ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ И ТРЕБОВАНИЯ

17. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

17.1. Обязанности Страхователя:

17.1.1. для целей заключения и исполнения Договора представить Страховщику подробную, исчерпывающую и достоверную информацию либо обеспечить представление такой информации Застрахованным лицом;

17.1.2. надлежащим образом, ответственно ознакомиться с условиями Договора страхования, в том числе с Правилами по страхованию здоровья, до заключения Договора;

17.1.3. информировать Застрахованного о заключении Договора, о внесении изменений либо о расторжении, надлежащим образом и подробно сообщить об условиях Договора, в том числе ознакомить с Правилами по страхованию здоровья;

17.1.4. платить Страховые взносы в порядке и в сроки, установленные Договором;

17.1.5. в качестве основного контактного лица Страховщика обеспечивать связь с Застрахованными лицами как при заключении, так и в ходе исполнения Договора, передавать Застрахованным лицам информацию в связи с Договором и получать необходимые сведения, включая подтверждения, согласования и др.;

17.1.6. сообщать о существующих договорах страхования и без промедления, в разумный срок, уведомлять о новых договорах страхования в отношении тех же Страховых рисков, которые заключены с другими страховщиками;

17.1.7. принимать все возможные меры для предотвращения или уменьшения Страхового риска, выполнять при этом указания Страховщика, если таковые последуют;

17.1.8. немедленно уведомлять Страховщика о повышенном Страховом риске или других обстоятельствах, существенно влияющих на условия Договора;

17.1.9. создавать возможность Страховщику или его уполномоченному представителю проверять соблюдение Страхователем и Застрахованным условий Договора;

17.1.10. незамедлительно информировать Страховщика о вновь выявленных обстоятельствах или фактах, а также о любых их изменениях после их предоставления Страховщику (при заключении и/или при изменении Договора), включая идентификационные личные данные: код налогоплательщика, сведения о регистрации или правовом статусе юридического лица, информацию о полномочном представителе и т.д., а также контактные данные (адрес, номер телефона, адрес электронной почты);

17.1.11. не позднее чем в течение 1 (одного) рабочего дня уведомить о прекращении трудовых отношений с Застрахованным лицом, и прекращении действия Страховой защиты, как и о принятии на себя любых убытков, понесенных в связи с ненадлежащим исполнением этого обязательства. В этом случае Страховщик прекращает действие Страховой защиты Застрахованного не позднее следующего рабочего дня после получения соответствующего уведомления;

17.1.12. своевременно и надлежащим образом выполнять все остальные обязательства, условия и требования, предусмотренные Договором и установленные действующим законодательством.

17.2. Обязанности Застрахованного лица:

17.2.1. ответственно, в полной мере ознакомившись с условиями Договора, в том числе с Правилами по страхованию здоровья, выполнять эти условия добросовестно, надлежащим образом;

17.2.2. представлять Страховщику запрошенные сведения и данные, документы, согласия, подтверждения и иную информацию, необходимую для заключения и надлежащего исполнения Договора, рассмотрения Страхового случая, оценки Страхового риска;

17.2.3. обращаться к Страховщику за согласием на получение Медицинских услуг по собственной инициативе, если это регламентировано соответствующей Программой страхования здоровья;

17.2.4. беречь Карту от несанкционированного использования, повреждения или утраты и нести ответственность за любой ущерб, возникший в результате ненадлежащего исполнения данного обязательства;

17.2.5. о незаконном использовании, утере, краже или утрате Карты иным образом не позднее чем в течение 1 (одного) рабочего дня сообщить Страховщику;

17.2.6. уведомить Страховщика о Страховом случае в соответствии с условиями Договора, представив подробную и достоверную информацию о причинах и обстоятельствах, полную информацию, все данные и документы, указанные в Договоре;

17.2.7. хранить документы, подтверждающие Страховой случай, не менее 1 (одного) года с момента выплаты Страхового возмещения (если Страховщику подавались копии) и представить эти документы по требованию Страховщика;

17.2.8. в случае и порядке, предусмотренном Договором, в связи со Страховым случаем пройти медицинское освидетельствование в учреждении, указанном Страховщиком;

17.2.9. в порядке и на предусмотренных Договором условиях возратить Страховщику необоснованно уплаченное им Страховое возмещение, в том числе переплату в связи с превышением Страховой суммы, указанной в Договоре;

17.2.10. информировать Страховщика незамедлительно, однако в разумный срок после наступления или выявления соответствующих обстоятельств или фактов, о любых изменениях обстоятельств, фактов, сведений, данных, уже представленных Страховщику, включая (помимо прочего) идентификационные данные (персональные данные и др.), и контактные данные (адрес, номер телефона, адрес электронной почты);

17.2.11. надлежащим образом и своевременно выполнять все прочие обязательства, соблюдая условия и требования Соглашения или действующего законодательства.

17.3. Обязанности Страховщика:

17.3.1. предоставлять информацию о Страховщике, страховых услугах, процедурах разрешения споров и другую существенную информацию в порядке, установленном Договором, и в соответствии с действующим законодательством;

17.3.2. после заключения Договора выдать Страхователю Страховой сертификат (полис) и страховую карту (Карта) для каждого Застрахованного лица или иной документ, подтверждающий Страховую защиту в соответствии с Договором;

17.3.3. предоставлять информацию и консультации в связи с Программами страхования здоровья;

17.3.4. при наступлении Страхового случая выплатить Страховое возмещение на условиях и в сроки, указанные в Договоре;

17.3.5. не разглашать конфиденциальную информацию о Страхователе и / или Застрахованном, которая была получена при заключении

Договора, кроме исключений, установленных в тексте Договора и в действующем законодательстве;

17.3.6. выдать копии Договора Страхователю, если Страхователь обратился с таким пожеланием после заключения Договора;

17.3.7. надлежащим образом и своевременно выполнять все прочие обязанности, условия и требования, предусмотренные Договором и установленные действующим законодательством.

17.4. Страховщик вправе устанавливать и менять круг Партнеров, условия, требования или ограничения касательно сотрудничества с Партнером при предоставлении Клиентам Страховщика отдельных Услуг (комплекса Услуг), связанных со здоровьем. В любом случае Партнеры не уполномочены толковать условия заключенного Договора либо выполнять обязательства Страховщика или Клиента по Договору.

17.5. Иные права сторон регламентированы Договором и действующим законодательством.

18. ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ

18.1. Общие положения

18.1.1. Условия Договора могут быть изменены или дополнены только письменным соглашением между Страхователем и Страховщиком, если отдельным пунктом текста Договора либо действующим законодательством не предусмотрено иное.

18.1.2. Страховщик перед внесением изменений в Договор вправе запросить дополнительную информацию о Клиенте, потребовать дополнительной проверки здоровья Застрахованного и т.п.

18.2. Внесение изменений в Договор - по инициативе Страхователя

18.2.1 Страхователь должен в письменном виде информировать

Страховщика о намерении внести изменения в условия Договора не позднее чем за 30 (тридцать) дней до даты вступления в силу желаемого изменения.

18.2.2. Любое изменение в списке Страхователей (прекращение Договора в отношении части Застрахованных лиц и / или включение новых Застрахованных) осуществляется с согласия Страховщика на условиях и в сроки, согласованные обеими Сторонами.

18.3. Внесение изменений в Договор - по инициативе Страховщика

18.3.1. Право Страховщика на изменение условий договора предусматривается в тексте Договора или в действующем законодательстве.

19. СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА: ПРИОСТАНОВКА И ВОЗОБНОВЛЕНИЕ

19.1. Если Страхователь в срок, указанный в Договоре, не уплатит Страховую премию (либо ее часть), Страховщик вправе предупредить Страхователя (письменно либо иначе) о том, что после просрочки в течение 30 (тридцати) дней действие Страховой защиты по Договору будет приостановлено и возобновится только после уплаты Страхователем всех причитающихся по Договору сумм Страховой премии.

19.2. Если приостановка Страховой защиты в связи с неуплатой Страховой премии длится более 1 (одного) месяца, то

Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть Договор, письменно уведомив Страхователя о расторжении Договора.

19.3. Если Картой, выданной Застрахованному, неправомерно пользуется другое лицо или Карта утрачена, то Страховщик вправе временно (до устранения выявленного нарушения либо надлежащего обеспечения обязательств по Договору иным образом) приостановить действие Страховой защиты соответствующего Застрахованного.

20. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

20.1. Порядок расторжения или окончания срока действия Договора:

20.1.1. Договор может быть расторгнут отдельным письменным соглашением сторон, по письменному требованию Страхователя, решению суда, уведомлению Страховщика в порядке и в случаях, установленных Договором и / или действующим законодательством.

20.1.2. При расторжении Договора или его прекращении (по иным основаниям) до окончания Периода страхования Страховщик всегда сохраняет право на Страховую премию -

причитающиеся Страховые взносы, а также на суммы, которые являются разницей между фактически уплаченным Страховым возмещением и фактически полученными Страховыми премиями, если Договором предусмотрена их периодическая уплата Страхователем. Уплату следует произвести не позднее последнего дня действия Договора.

20.1.3. Если Договор, настоящие Правила либо действующее законодательство не предусматривают иное, Страховая премия, уплаченная при расторжении Договора или его прекращении на иных основаниях до окончания Периода страхования, Страхователю не возвращается.

20.2. Расторжение Договора по инициативе Страхователя

20.2.1. Страхователь имеет право расторгнуть Договор в течение его срока действия, уведомив Страховщика в письменной форме не позднее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

20.2.2. В случае, если Договор расторгается по инициативе Страхователя при наличии вины Страховщика, Страхователю возвращается часть уплаченных Страховых премий, превышающая сумму уже уплаченных и ожидаемых к уплате по Договору Страховых премий.

20.2.3. В случае, если Договор расторгается по инициативе Страхователя в отсутствие вины Страховщика, Страхователю возвращаются уплаченные Страховые премии за оставшийся период страхования за вычетом расходов на заключение и исполнение Договора, а также сумм Страхового возмещения - фактически уплаченных и предстоящих к уплате до дня расторжения Договора. Размер возвращаемой суммы рассчитывается и выплачивается по прошествии 30 (тридцати) дней со дня расторжения Договора и выплачивается в течение следующих 30 (тридцати) дней.

20.3. Расторжение Договора по инициативе Страховщика

20.3.1. Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке без обращения в суд, направив соответствующее письменное уведомление за 30 (тридцать) календарных дней до установленной даты расторжения Договора в случае следующих существенных нарушений Договора:

20.3.1.1. Страхователь и/или Застрахованный в период заключения или действия Договора нарушил или надлежащим образом не исполнил установленную действующим законодательством обязанность по раскрытию полной и подробной информации об обстоятельствах, влияющих на оценку Страхового риска, вероятности наступления Страхового случая и его последствий по Договору;

20.3.1.2. Страхователь и / или Застрахованный ненадлежащим

образом исполняет или не исполняет обязательства по Договору, не реагируя на требования Страховщика в течение установленного срока, в любом случае не менее чем 14 (четырнадцать) календарных дней;

20.3.1.3. наличие иных оснований для прекращения действия Соглашения, предусмотренных Договором или действующим законодательством.

20.3.2. Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, без обращения в суд, по письменному уведомлению, вступающему в силу незамедлительно (если не указан иной срок) при следующих существенных нарушениях Договора:

20.3.2.1. если Страхователь не уплачивает Страховую премию или ее часть в срок, указанный в Договоре, и не реагирует на требования Страховщика о погашении задолженности в течение 30 (тридцати) дней с момента отправки соответствующих требований;

20.3.2.2. на основаниях и в порядке, предусмотренных в пункте 19.2 настоящих Правил;

20.3.2.3. Страхователь не реагирует на поступившее предложение об изменении условий Договора или отказывается это сделать в порядке, установленном Договором или действующим законодательством;

20.3.2.4. наличие иных оснований расторжения Договора в соответствии с текстом Договора или установленных действующим законодательством.

20.3.3. При расторжении Договора по требованию Страховщика в случае нарушения Страхователем условий Договора возврат Страховых взносов Страхователю не производится.

20.4. Расторжение договора по соглашению Сторон.

20.4.1. Страховщик и Страхователь отдельным письменным соглашением могут договориться об иных условиях и порядке расторжения Договора.

21. ПЕРЕХОД ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ДОГОВОРУ

21.1. Передача прав и обязанностей Страховщика по Договору

21.1.1. Страховщик вправе передать права и обязанности по Договору другому Страховщику или Страховщикам после уведомления о таком намерении и с разрешения компетентного надзорного органа в случаях и порядке, установленном действующим законодательством.

21.1.2. Страховщик обязуется в случаях, установленных действующим законодательством, заявить о намерении передать права и обязанности по Договору через публикации не менее чем в 2 (двух) национальных газетах и предоставить Страхователю срок не менее 2 (двух) месяцев для возражения.

21.1.3. Страхователь вправе в письменной форме возразить Страховщику относительно предполагаемой передачи прав и обязанностей Страховщика по Договору в срок, указанный в заявлении Страховщика.

21.1.4. Страхователь, который не согласен с переходом прав и обязанностей по Договору и возражает против замены Страховщика, вправе расторгнуть Договор в течение 1 (одного) месяца с момента перехода прав и обязанностей. При этом фактически уплаченные Страховые взносы за оставшийся Период страхования с даты расторжения Договора подлежат возврату Страхователю за вычетом расходов на заключение и исполнение Договора, а также сумм Страхового возмещения - фактически уплаченных и предстоящих к уплате.

21.2. Передача прав и обязанностей Страхователя по Договору

21.2.1. Страхователь не имеет права передать свои права и/или обязанности по Договору другим лицам без предварительного письменного согласия Страховщика.

22. Уведомления

22.1. Все уведомления, запросы, любое другое волеизъявление между Страховщиком и Клиентом должны быть оформлены в письменной или эквивалентной форме и вручены лично, отправлены по почте, через Э-систему или по электронной почте в соответствии с реквизитами, указанными в Договоре, или в соответствии с самыми последними контактными данными, предоставленными другой Стороне.

22.2. Уведомления от Клиента направляются Страховщику с указанием контактных данных и считаются полученными по факту получения. Посредники Страховщика не имеют полномочий по приему уведомлений от имени Страховщика.

22.3. Любое письменное уведомление, отправленное Страховщиком Клиенту, считается полученным, соответствующее информационное обязательство считается выполненным, а соответствующие сроки исчисляются следующим образом в указанные далее сроки:

22.3.1. в 5-й (пятый) календарный день после отправки заказным письмом;

22.3.2. в день отправки через Э-систему или по электронной почте. Для уведомления, отправленного в нерабочий день или в конце рабочего времени, днем получения считается следующий рабочий день;

22.3.3. при личном вручении - день, когда адресат получает уведомление и своей подписью подтверждает получение.

22.4. У сторон Договора не имеется оснований заявлять о неполучении уведомлений или о несоответствующих

действиях друг друга, если уведомление отправлено с использованием последних предоставленных контактных данных.

22.5. Страховщик имеет право уведомлять Клиента публично - в случаях и порядке, установленных Договором и / или действующим законодательством, либо в иных исключительных случаях - через Отделения по обслуживанию клиентов, на сайте Страховщика и / или через СМИ. В таких случаях уведомления считаются полученными в день их публичного оглашения.

23. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

23.1. Условия Договора и весь объем информации, полученной при его исполнении, признается конфиденциальной информацией и не подлежит разглашению третьим лицам без предварительного письменного согласия заинтересованной стороны Договора, кроме раскрытия определенного объема информации с обеспечением ограниченного доступа:

23.1.1. лицам, заявившим судебные претензии в отношении Договора;

23.1.2. такая информация стала общедоступной (за исключением случаев, когда информация была раскрыта в связи с нарушением Договора);

23.1.3. раскрытие информации лицам, оказывающим аудиторские услуги и проверяющим деятельность или финансовую отчетность Стороны Договора;

23.1.4. юристам, оказывающим связанные с Договором услуги любой из Сторон;

23.1.5. акционерам / пайщикам, и / или головной компании, и / или дочерним предприятиям Стороны Договора;

23.1.6. предполагаемому преемнику прав и / или обязанностей или имущества Стороны;

23.1.7. лицам, оказывающим Страховщику услуги, связанные с заключением, исполнением, учетом, администрированием либо хранением Договора;

23.1.8. перестраховщику, если перестраховывается Страховой риск по Договору;

23.1.9. компетентным государственным ведомствам, включая, помимо прочего, суды, правоохранительные органы, Государственную налоговую инспекцию;

23.1.10. распространителю страхового продукта, выступившему в качестве посредника при заключении Договора;

23.1.11. в иных случаях, которые являются обязательными и предусмотрены Договором и / или установлены действующим законодательством.

24. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

24.1. Стороны Договора обязуются исполнять свои обязательства надлежащим образом, своевременно и добросовестно, сотрудничая друг с другом и придерживаясь устоявшейся положительной практики.

24.2. По соответствующему письменному требованию другой Стороны за несвоевременное исполнение денежных обязательств по Договору надлежит уплатить проценты в размере 0,02% за каждый день от просроченной суммы за каждый день просрочки до надлежащего исполнения Стороной своих денежных обязательств.

24.3. Страховщик не несет ответственности за убытки, возникшие в связи с расторжением Договора по основаниям, предусмотренным Договором или установленным действующим законодательством.

24.4. Страховщик не несет ответственности за невозможность пользования Картой в связи с техническим сбоем. Страховщик обязуется устранять такие нарушения в разумный срок, если они происходят по вине Страховщика.

25. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО, ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

25.1. Договор заключается, применяется и толкуется в соответствии с действующим законодательством Литовской Республики.

25.2. Все и любые споры, разногласия или претензии, проистекающие из Договора (или с ним связанные), решаются путем переговоров между Страховщиком и Клиентом в порядке, опубликованном на сайте Страховщика www.compensalife.lt.

25.3. По желанию заинтересованной Стороны спор может быть урегулирован в соответствующем и определенном внесудебном порядке.

Банк Литвы правомочен и установил порядок разрешения споров между потребителями и участниками финансового рынка в связи с предоставлением финансовых услуг. Расширенная информация, контакты Надзорного органа Банка Литвы и др. контактные данные доступны по адресу www.lb.lt.

25.4. В случае, если Сторонам не удастся достичь соглашения, спор решается в компетентном суде в порядке, установленном действующим законодательством Литовской Республики.

26. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

26.1. Страховщик не обязан предоставлять Страховое покрытие по Договору, выплачивать Страховое возмещение / любую другую сумму по Договору и выполнять иные обязательства по Договору, если это повлечет нарушение какой-либо международной санкции. Страховщик не несет ответственности за любые претензии или убытки, возникшие в результате вышеизложенного.

26.2. Если выясняется, что какое-то положение Договора является или становится недействительным, незаконным или неосуществимым, это никоим образом не влияет на остальные положения и не делает их недействительными. Подобные положения надлежит немедленно заменить письменным соглашением Сторон на новые, наиболее близкие по смыслу, целям, содержанию и имеющие тот же экономический эффект.