

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ПОМОЩЬ»**

---

**УТВЕРЖДЕНЫ**  
Генеральным директором

«22» января 2013 года  
(Приказ № 2 от 22.01.2013 г.)

В редакции от  
30.04.2019 г. (Приказ № 33 от 30.04.2019 г.)



А.С. Локтаев

**ПРАВИЛА  
МЕДИЦИНСКОГО (ДОБРОВОЛЬНОГО) СТРАХОВАНИЯ**

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

Настоящие Правила медицинского (добровольного) страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью «Страховое общество «Помощь» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор страхования или договоры страхования).

1.1. Субъектами медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и медицинское учреждение.

1.2. Страхователем признаётся российское или иностранное юридическое, или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор медицинского страхования.

1.3. Застрахованное лицо – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

1.4. Застрахованное лицо, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте. нарушения.

1.5. Под Медицинскими учреждениями для целей настоящих Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности:

- лечебно-профилактические учреждения: больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие;

- аптечные учреждения: аптеки, аптеки медицинских учреждений, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, медицинские склады и другие;

- иные учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к договору страхования.

1.6. Застрахованным лицом не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и связанные с ним осложнения<sup>1</sup>:

1.6.1. ВИЧ-инфекция.

1.6.2. Особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки - в случае возникновения эпидемии и/или объявления карантина.

1.6.3. Психические расстройства и расстройства поведения, наркологические заболевания.

1.6.4. Аномалии развития и хромосомные нарушения.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с настоящими Правилами объектом страхования являются имущественные интересы лица, в отношении которого заключён договор страхования (Застрахованного лица), связанные с затратами на получение медицинской помощи при наступлении страхового случая.

2.2. Предметом договора добровольного медицинского страхования является обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинскую помощь и связанные с ней медицинские услуги, предусмотренные договором страхования и программой (программами) страхования, Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, при условии внесения Страхователем страховой премии (страховых взносов) в порядке, предусмотренном договором страхования.

2.3. При наступлении страховых случаев Страховщик организует предоставление и оплачивает медицинскую помощь (медицинские обследования, консультации, лечение Застрахованных лиц и другие медицинские услуги) в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарных медицинских учреждениях и санаторно-курортных учреждениях (в зависимости от содержания договора страхования) в течение срока страхования, при условии оплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в порядке и сроки,

---

1

В Правилах и программах добровольного медицинского страхования болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

предусмотренные договором страхования.

### 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

В соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск возникновения затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

### 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика оплатить Медицинским учреждениям расходы, вызванные обращением Застрахованного для получения медицинской или иной помощи, включенной в Программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования).

Страховым событием признается обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение по поводу следующих случаев, которые могут быть включены в Программу страхования: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение), профилактика заболеваний, отравление, беременность, для организации и оказания, предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг по поводу ухудшения состояния здоровья.

4.2. Конкретный перечень видов медицинской помощи и услуг приводится в соответствующей Программе страхования.

По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по Программе страхования может ограничиваться или расширяться.

4.3. По договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и связанных с ней услуг необходимого объема и надлежащего качества в Медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования, в строгом соответствии с условиями договора страхования и выбранной Программой страхования.

4.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, связанной с:

- получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным лицом действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;
- попыткой самоубийства Застрахованного лица, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что будет подтверждено актами судебных органов;
- иным умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- обращением Застрахованного лица в медицинские учреждения до момента заключения договора страхования (начала его действия) или после истечения срока страхования либо вне территории страхования;
- обращением Застрахованного лица за оказанием им медицинской помощи, не предусмотренной договором страхования;
- обращением Застрахованного лица по поводу получения медицинских услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы лечащим врачом Застрахованного лица, как необходимые и разумные меры;
- обращением Застрахованного лица в Медицинское учреждение, не указанное в договоре страхования (Программе страхования) и/или предварительно не согласованное со Страховщиком, а также обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с Программой страхования не оплачиваются Страховщиком.

4.5. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;
- аварии на производственных и иных объектах, повлекшие массовые поражения;
- природных катастроф (наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий);
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если это не сопряжено с исполнением, Застрахованным лицом его служебных обязанностей;
- в связи с особо опасными инфекционными болезнями, в том числе: чумой, холерой, натуральной оспой, желтой лихорадкой и другими высоко контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками - в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина.

- умысла Страхователя (Застрахованного лица).

## 5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

5.1. Страховщик организует и оплачивает оказанную Застрахованному лицу в Медицинских учреждениях медицинскую помощь в объеме, определенном в Программе страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей, Застрахованных лиц в поддержании и восстановлении здоровья.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств, включенных в Программу страхования и назначенных лечащим врачом Медицинского учреждения.

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др., включенных в Программу страхования и выписанных (назначенных) лечащим врачом Медицинского учреждения.

Иные услуги - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление Медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других Медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

5.2. Договор страхования может быть заключен на условиях Программ страхования, содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая: стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи, а также лекарственной помощи.

5.3. Программы страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи, в том числе: профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения<sup>2</sup>, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного лица, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного Медицинского учреждения; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному лицу выписанных лечащим врачом лекарственных средств; оплату и/или доставку Застрахованному лицу выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному лицу при его обращении в Медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; диспансерное наблюдение и профилактические/периодические осмотры Застрахованных лиц.

5.4. Программы страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи, в том числе: профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарного Медицинского учреждения<sup>3</sup>, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного лица в палатах различной комфортности; предоставление Медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; пребывание Застрахованного лица в отделении патологии беременности; питание, уход медицинского персонала; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей (близких родственников или опекунов); оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих

<sup>2</sup> Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному лицу без его круглосуточного помещения в это Медицинское учреждение.

<sup>3</sup> Под стационарным учреждением понимается любое Медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному лицу с возможным круглосуточным его помещением в это Медицинское учреждение.

круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания Медицинских учреждений. Программы страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному лицу назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному лицу выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

5.5. Программы страхования, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, родовспоможение, а также медицинскую перевозку Застрахованного лица в амбулаторно-поликлиническое или стационарное Медицинское учреждение и, при необходимости, обратно, либо по месту жительства.

5.6. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме обязательств Страховщика путем определения перечня оплачиваемых Страховщиком заболеваний (состояний), лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ**

6.1. Страховой суммой (лимитом страховой ответственности) является максимальная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется оплатить Медицинскому учреждению медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу.

Перечни медицинских услуг и страховые суммы по договору страхования устанавливаются по соглашению между Страхователем и Страховщиком с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в Программы страхования, и количества обращений для получения этих услуг в Медицинские учреждения в соответствии с утвержденными Страховщиком тарифными ставками.

6.2. Страховые суммы могут устанавливаться отдельно для Программ страхования по каждому виду медицинской помощи или их совокупности.

При заключении договора страхования стороны (Страховщик и Страхователь) могут оговорить установление лимитов страховой ответственности по отдельным категориям услуг и заболеваний.

Страховщик не оплачивает стоимость медицинских услуг в случае превышения страховой суммы или лимитов ответственности по договору страхования.

Страховые суммы могут устанавливаться в договоре страхования как для каждого Застрахованного лица, так и для отдельных групп лиц или всех Застрахованных лиц.

6.3. Страховщик оплачивает расходы, обусловленные обслуживанием Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховыми случаями в рамках Программы страхования только в пределах страховой суммы (страховых лимитов) по договору страхования путем оплаты счетов из Медицинского учреждения в соответствии с условиями договора между Страховщиком и Медицинским учреждением.

6.4. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование с валютным эквивалентом).

6.5. Договором страхования может быть предусмотрена неоплачиваемая Страховщиком часть расходов в связи с получением Застрахованными лицами отдельных медицинских и связанных с ними услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования (безусловная франшиза).

6.6. Страховой премией (страховым взносом) является плата за настоящее страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

6.7. Размер страховой премии определяется с учетом тарифа по Программе (программам) страхования, согласованного со Страхователем перечня медицинских услуг (их комбинации) в конкретных Медицинских учреждениях, страховой суммы (лимита страховой ответственности), срока страхования, коэффициента краткосрочности, коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком в зависимости от страховых рисков, условий, предусмотренных договором страхования.

Страхователь имеет право запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру. Страховщик обязуется предоставить информацию устной форме или в виде информационного письма по запросу страхователя.

Страховщик обязуется по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя/Застрахованного лица) представить заверенный расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, бесплатно один раз по одному договору. К указанному расчету по запросу Страхователя (Застрахованного лица) прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования, в соответствии с которыми произведен расчет.

Страховщик за 10 (Десять) рабочих дней уведомляет Страхователя о предстоящей дате оплаты

очередного страхового взноса, оговоренной в договоре страхования и о последствиях неуплаты в указанный срок или оплаты в не полном объеме.

При неуплате Страхователем второго или любого последующего страхового взноса (в случае уплаты премии в рассрочку) в оговоренные Договором страхования сроки или уплаты не в полном объеме, действие Договора страхования прекращается с 00 часов дня, следующего за днем, являющимся последним сроком уплаты такого страхового взноса.

Уведомление о прекращении настоящего Договора направляется Страховщиком Страхователю в течение 45 календарных дней с даты прекращения Договора страхования в соответствии с настоящим пунктом. Факт направления уведомления о прекращении Договора страхования в течение 45 календарных дней не влияет на прекращение Договора страхования с 00 часов дня, следующего за днем, являющимся последним сроком уплаты страхового взноса.

Днем уплаты страховой премии (взноса) считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика при уплате безналичным платежом или день поступления наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика, действующему в соответствии с предоставленными ему Страховщиком полномочиями. Днем поступления наличных денежных средств представителю Страховщика считается день выдачи представителем Страховщика соответствующего платежного документа, подтверждающего факт приема денежных средств, и составленного по форме, предусмотренной действующим законодательством РФ, устанавливающим порядок расчетов в РФ

При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, страховой суммы, количества Застрахованных лиц, лимитов страховой ответственности по отдельным медицинским услугам и иных изменениях в договоре страхования, размер страховой премии по договору страхования может по соглашению сторон увеличиваться.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный страховой взнос за период, оставшийся до окончания действия договора страхования.

6.8. Страховая премия может быть уплачена Страхователем, если иное не оговорено в договоре страхования:

- наличными деньгами через кассу Страховщика при подписании договора страхования;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты в течение 5 рабочих дней со дня подписания договора страхования.

При страховании на срок менее одного года страховая премия (страховой взнос) определяется от годового размера страховой премии с учетом коэффициента краткосрочности (срок страхования приводится в месяцах):

Срок действия договора страхования в месяцах								
1-3	4	5	6	7	8	9	10	11
0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При страховании на срок менее одного месяца, страховая премия рассчитывается следующим образом:

Срок страхования (дни)	От 1 до 10 дней	От 11 до 20 дней	От 21 до 30 дней
Размер страховой премии (в % от годовой премии за один день страхования)	1,17%	1,07%	1%

При страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;

- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев менее одного года страховая премия за указанные месяцы определяется как часть годового страхового взноса, пропорциональная количеству полных месяцев последнего страхового периода.

При этом возможен пересчет страхового взноса на очередной год страхования с учетом изменения степени риска страхования, перечня и стоимости оказания медицинских услуг, лимитов страховой ответственности и иных условий договора страхования.

6.9. При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

## 7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Для заключения договора страхования Страхователь должен предоставить Страховщику:

- письменное заявление (в произвольной форме) с указанием выбранной программы добровольно медицинского страхования, количества Застрахованных лиц, срока действия договора страхования и других сведений, запрошенных Страховщиком. Заявление на страхование, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью Договора страхования.

- при наличии более одного застрахованного лица по договору страхования, Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме (Ф.И.О. Застрахованного лица, дата рождения, пол Застрахованного лица, серия и номер документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации, адрес проживания, контактный телефон, должность, подразделения (если есть), страховая сумма) который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью Приложение № 10 Правил;

- реквизиты юридического лица или паспортные данные физического лица.

7.2. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, как дата вступления договора в силу.

7.3. Договор страхования заключается в форме единого документа, подписанного обеими сторонами – договора страхования. Образцы договоров страхования, которые могут использоваться Сторонами договора страхования установлены в соответствии с приложением к настоящим правилам. При заключении договора страхования Страхователю вручаются Правила и Программы страхования, что удостоверяется записью в Договоре страхования: «Правила медицинского (добровольного) страхования, Программу страхования получил».

При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать заполнения Страхователем анкеты о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, для определения степени риска.

Страховщик рассматривает заявление на страхование и представленные Страхователем материалы, проводит их экспертизу с целью оценки степени страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен договор страхования.

В случае если будет установлено, что Страхователь сообщил о себе (Застрахованном лице) ложные данные, имеющие существенное значение для оценки степени страхового риска, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. До момента получения Страховщиком указанных изменений, договор страхования сохраняет силу в отношении Застрахованных лиц, указанных в ранее представленных списках.

В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования Страховщик, если иное не предусмотрено договором страхования, имеет право произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом остатка страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо, понесенных Страховщиком расходов при выполнении обязательств в отношении прежнего Застрахованного лица, а также других обстоятельств, влияющих на степень страхового риска (в том числе, состояние здоровья нового Застрахованного лица), и потребовать от Страхователя доплаты страховой премии.

7.4. После заключения договора страхования, в течение 5 (пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии, Страховщик выдает Страхователю для Застрахованного лица (Застрахованных лиц) по акту приема-передачи страховой медицинский полис страхования граждан (далее по тексту - Полис) - именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования. К Полису прилагаются:

- памятка о порядке получения страховых медицинских услуг. В памятке указываются: условия и порядок получения страховых медицинских услуг в лечебных учреждениях при предъявлении документа, удостоверяющего личность, и Полиса (при обращении ребенка предъявляется документ удостоверяющего личность законного представителя и свидетельство о рождении несовершеннолетнего ребенка), ответственность за передачу полиса третьим лицам, а также ссылка на сайт Страховщика, где Застрахованное лицо может ознакомиться с Правилами (с точным указанием действующей редакции Правил);

- форма информированного согласия застрахованных лиц на обработку персональных данных Страховщиком и партнерами Страховщика в целях заключения и реализации договора добровольного медицинского страхования (далее по тексту – информированное согласие). Подписание Застрахованным лицом информированного согласия свидетельствует о согласии на передачу персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну Страховщику. Подписанные информированные согласия предаются Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику.

7.5. При утрате Застрахованным страховых документов (т.е. документов, указанных в п.7.6. настоящих Правил), он должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата.

7.6. Договор страхования заключается на любой срок, согласованный сторонами договора. По взаимному соглашению сторон, оформленному в виде подписанного сторонами дополнительного соглашения, условия договора страхования могут быть изменены в течение срока его действия.

7.7. Проверка наличия имущественного интереса

Страховщик проверяет наличие имущественного интереса Страхователя (Застрахованного лица) при принятии решения о страховой выплате по договору страхования.

Проверка наличия имущественного интереса осуществляется Страховщиком на основании документов и

информации, представленных Страхователем (Застрахованным лицом) вместе с заявлением о выплате страхового возмещения или оплате медицинским учреждениям расходов, связанных с обращением Застрахованного лица.

Подтверждением наличия имущественного интереса могут являться:

- документы, подтверждающие обязанность Страхователя (Застрахованного лица) понести расходы в связи с наступлением страхового события и подтверждение факта реального понесения указанных расходов, их размер;
- документы, подтверждающие, что лицо, заявившее о выплате страхового возмещения, является Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования.

Заключая договор страхования, Страхователь подтверждает, что проинформирован Страховщиком о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса.

Страховщик имеет право предварительно проверить наличие имущественного интереса Страхователя на этапе заключения договора страхования. Такая проверка не лишает Страховщика права на проверку наличия имущественного интереса на этапе принятия решения о страховой выплате. Такая проверка не отменяет возможности наступления последствий, предусмотренных пунктом 2 ст. 930 ГК РФ (недействительность договора страхования, заключённого в отсутствие имущественного интереса).

## 8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало или должно было стать об этом известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

К существенным изменениям обстоятельств относят:

- изменение Фамилии, имени, отчества (при наличии);
- контактной информации и изменения адреса проживания;
- выявление заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью Застрахованных лиц;
- установление группы инвалидности в период действия договора страхования.

8.2. В случае увеличения степени риска страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии или изменения условий договора страхования. Перерасчет страховой премии производится по следующей формуле:

$$Д = (P2 - P1) * n / m,$$

где:

Д – дополнительная страховая премия по одному Застрахованному, подлежащая уплате

P1 – первоначальная страховая премия по одному Застрахованному

P2 – страховая премия по одному Застрахованному после изменения условий договора страхования

n – количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования

m – количество дней, на которые заключен договор страхования.

8.3. В случае не извещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повышающих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора страхования.

В случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии и/или изменения условий договора страхования Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования.

8.4. Страховщик не имеет права требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение риска, уже отпали.

## 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования.

9.1.2. В течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе страхования, выбранной Страхователем, или изменить перечень медицинских учреждений и/или Программ страхования, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования.

9.1.3. Досрочно отказаться от договора страхования на условиях, предусмотренных действующим законодательством или положениями Договора страхования, письменно уведомив об этом Страховщика.

9.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено договором страхования.



## 9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении договора страхования, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительно включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в список Застрахованных лиц. Заполнить анкету о состоянии здоровья Застрахованного лица при принятии его на страхование, если этого потребует Страховщик. А также иную необходимую информацию, связанную с исполнением настоящего договора страхования, сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

9.2.2. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере.

9.2.3. Передать Застрахованному лицу необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному лицу условия договора страхования и ознакомить с Программами страхования.

Получать от Застрахованных лиц и предоставлять по запросу Страховщика информированные согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну Страховщику.

9.2.4. Немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

## 9.3. Застрахованное лицо имеет право:

9.3.1. Требовать от Страховщика предоставление медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования (Программой добровольного медицинского страхования и перечнем медицинских учреждений)

9.3.2. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи.

9.3.3. При утрате страховых документов получить их дубликат.

## 9.4. Застрахованное лицо обязано:

9.4.1. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой страхования.

9.4.2. Соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением.

9.4.3. Заботиться о сохранности Полиса, документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.4. Немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества, контактной информации и фактического места жительства;

9.4.5. При утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата.

9.4.6. Заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в Медицинском учреждении.

9.4.7. Уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования.

## 9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. Проверять полученную от Страхователя и Застрахованного лица информацию, в том числе путем получения от Застрахованного лица или от организаций, оказывавших услуги Застрахованному лицу, документов, подтверждающих наступление страхового случая, в том числе медицинских документов, содержащих информацию об обращении Застрахованного лица за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах, о применявшихся медицинских изделиях и лекарственных средствах, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования.

9.5.2. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

9.5.3. Организовать Застрахованному лицу медицинскую помощь в экстренной форме с привлечением муниципальных и бюджетных учреждений здравоохранения.

9.5.4. Требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска.

## 9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Ознакомить Страхователя с содержанием Правил, Программами страхования, выдать Страхователю (Застрахованным лицам) индивидуальные страховые полисы, а при их утрате дубликаты, а также экземпляр настоящих Правил.

9.6.2. Организовать предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи в объеме, предусмотренном в программе добровольного медицинского страхования согласно условиям договора страхования.

При наступлении страховых случаев оплатить Медицинским учреждениям медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора страхования.

В случае невозможности оказания Медицинским учреждением Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования, организовать и оплатить оказание аналогичных по качеству медицинской помощи в другом Медицинском учреждении. При самостоятельной организации Застрахованным лицом предоставления медицинской помощи без участия Страховщика последний не несет ответственность за качество оказанной медицинской помощи и вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы.

9.6.3. Контролировать объем, сроки и качество предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования.

9.6.4. Обеспечивать конфиденциальность в отношении со Страхователем (Застрахованными лицами) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации: информация о диагнозах Застрахованных лиц, фактах их обращений за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только с письменного разрешения Застрахованного лица.

9.7. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика.

9.8. Права и обязанности сторон Договора страхования по использованию персональных данных:

9.8.1. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц от мошенничества, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

9.8.2. Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные (сведения о документе удостоверяющем личность), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, обращениях в медицинские организации и об оказанных медицинских услугах, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

9.8.3. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным организациям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинских и иных услуг), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, трансграничную передачу для Договоров, по которым имеет место организация и оказание услуг вне Российской Федерации. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора добровольного медицинского страхования в течение 10 (Десяти) лет после его прекращения.

9.8.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя, в том числе персональные данные специальных категорий – сведения о состоянии здоровья, об оказанных медицинских услугах третьим лицам в целях организации и оказания услуг, предусмотренных Договором страхования, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

9.8.5. Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение десяти лет после завершения действия договора добровольного медицинского страхования (если иное не установлено Договором страхования).

9.8.6. Страхователь вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику.

9.8.7. Положения настоящих Правил страхования, регулирующие обработку персональных данных, относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных, а также в случае, когда Страхователь и Застрахованное лицо совпадают.

В случаях, когда Страхователь и Застрахованное лицо не совпадают, Страхователь обязуется предоставить

подписанные Застрахованными лицами согласия на обработку персональных данных, указанных в настоящих Правилах, в течение пяти рабочих дней после получения соответствующего запроса от Страховщика, а в случае наложения на Страховщика санкций по причине не предоставления соответствующих согласий, возместить Страховщику все убытки, причиненные в результате не предоставления подписанных Застрахованными лицами согласий на обработку персональных данных.

9.8.8. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

9.8.9. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

9.8.10. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица.

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

## **10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

10.1.1. Истечения срока его действия.

10.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме.

10.1.3. Смерти Страхователя (физического лица) не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица) кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании).

10.1.4. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

10.3. 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, в отношении отдельного Застрахованного лица действие договора страхования прекращается в случае смерти по причинам иным, чем наступление страхового случая. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование с учетом понесенных расходов на ведение дела и произведенных страховых выплат.

10.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению сторон с предварительным уведомлением Сторон об этом друг друга не менее чем за 30 дней.

10.4.1. В случае досрочного прекращения договора страхования по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему оплаченные страховые взносы за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных расходов и выплаченных сумм страхового обеспечения (возмещения); если же требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком Правил или договора страхования, то последний возвращает Страхователю оплаченные им страховые взносы полностью, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.4.2. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика он возвращает Страхователю оплаченные им страховые взносы за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных расходов и выплаченных сумм страхового обеспечения (возмещения); если же требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем Правил или договора страхования, Страховщик не возвращает Страхователю оплаченные им страховые взносы, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.4.3. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением договора страхования направляются 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 уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с момента их поступления по прежнему адресу.

10.5. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в течение срока, установленного Банком России на основании Указания Банка России от 20.11.2015 N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в следующем размере:

- в случае отказа Страхователя от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (дата начала действия страхования) уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

- в случае отказа Страхователя от Договора страхования 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 за вычетом понесенных расходов и выплаченных сумм страхового обеспечения (возмещения).

10.5.1. В случае, указанном в пункте 10.5 настоящих Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, установленного Банком России на основании Указания Банка России от 20.11.2015 N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования».

Возврат страхователю страховой премии производится по выбору страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора добровольного страхования.

10.6. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные лица обязаны вернуть страховщику Полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

## **11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

11.1. Страховая выплата по настоящим Правилам определяет стоимостью медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования и не может превышать соответствующей страховой суммы, указанной в договоре страхования.

11.2. Страховая выплата производится Страховщиком в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором страхования, заключенным между Страховщиком и медицинским учреждением.

11.2.1. Осуществление перечисления денежных средств со стороны Страховщика за оказанные Застрахованному лицу услуги производится путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней, если иное не оговорено в договоре между Страховщиком и медицинским учреждением с даты получения от медицинских организаций документов, подтверждающих наступление страхового случая и оказание предусмотренных Программой страхования услуг:

- счета с указанием диагноза (код диагноза в соответствии с действующей международной классификацией болезней), сроков лечения, перечня и количества оказанных услуг, их общей стоимости и детализация по ценам для отдельных услуг, оказанных Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, документально подтвержденные, обоснованные с медицинской точки зрения и согласованные со Страховщиком.

11.3. Из страхового покрытия исключаются расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в Медицинских учреждениях, которые не указаны в договоре страхования (кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и /или организовано Страховщиком), а также с которыми Страховщик не имеет договора об оказании услуг по добровольному медицинскому страхованию, услуги нанятого в частном порядке медперсонала, дополнительные гонорары медперсоналу и т.д.

11.4. При необходимости Застрахованное лицо в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

11.5. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Застрахованного лица в осуществляемых страховых выплатах - франшиза. Франшиза может устанавливаться в твердой сумме или в процентах от страховой выплаты. Выбор Страхователем франшизы, ее размер и порядок уплаты Страхователем или Застрахованным либо удержания Страховщиком определяется в договоре страхования.

11.6. Франшиза может быть «безусловной» и «условной».

Франшиза «безусловная» предусматривает уменьшение размера страховой выплаты по каждому страховому случаю на размер установленной франшизы.

Франшиза «условная» предусматривает, что Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете размера страховой выплаты франшиза не учитывается.

11.7. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять Медицинские учреждения:

11.7.1. За отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые Медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинских услуг (далее - сервисные услуги).

11.7.2. За число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которых могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному.

11.7.3. По законченному случаю оказания медицинских и иных услуг.

11.7.4. По подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени.

11.7.5. Иных методов, предложенных Медицинскими учреждениями и иными организациями.

11.8. Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем организации и (или) оплаты стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных предусмотренных Договором страхования услуг, а также лекарственных средств или медицинских изделий непосредственно в медицинскую организацию по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть организовано и оплачено Страховщиком также путем возмещения Застрахованному лицу понесенных расходов, либо путем оплаты санаторно-курортной организации стоимости санаторно-курортной путевки.

11.9. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и (или) иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 11.10. настоящих Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая, необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

11.10. Для осуществления выплаты в соответствии с пунктом 11.9. настоящих Правил Страхователь (Застрахованный) обязан предъявить Страховщику документ, удостоверяющий личность, Полис и предоставить заявление с приложением оригиналов оплаченного счета с указанием медицинской организации, оказавшей услуги, перечня оказанных услуг и их стоимости с детализацией по ценам, квитанции или кассового чека, подтверждающих факт оплаты услуг, выписки из медицинского документа, подтверждающего факт получения услуг, заверенного прејскуранта медицинской организации, договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Застрахованным лицом и медицинской организацией, заверенной копии лицензии медицинской организации со всеми приложениями.

11.11. В случае осуществления страховой выплаты в соответствии с пунктом 11.9. настоящих Правил, Страховщик принимает решение о страховой выплате в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения и проверки документов, предусмотренных пунктом 11.10. настоящих Правил, если иное не указано в Договоре страхования, а страховая выплата осуществляется в течение десяти рабочих дней после принятия решения о страховой выплате.

11.12. Если программой страхования предусмотрена плановая госпитализация, то последняя осуществляется не менее чем за 14 (Четырнадцать) дней до окончания действия страхования. При плановой госпитализации оплата услуг производится Страховщиком до конца срока действия Договора страхования.

11.13. Страховщик вправе отказать полностью или частично в оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если:

- требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под список исключений из страхового покрытия;

- Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или неполные сведения о количестве Застрахованных лиц, состоянии их здоровья и других обстоятельствах, имеющих существенное значение в определении степени риска на момент заключения договора страхования;

- Страхователь (Застрахованное лицо) не выполнил обязательства, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования;

- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определённый медицинским учреждением внутренний распорядок;
- Застрахованным лицом получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;
- Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику в установленном порядке о вновь возникших существенных изменениях в степени страхового риска;
- Страхователь (Застрахованное лицо) не предоставил Страховщику документы медицинского учреждения и иные необходимые документы в случае самостоятельной оплаты оказанных услуг;
- Страхователь (Застрахованное лицо) предоставил Страховщику недействительные (подложные) документы об обращении в медицинское учреждение;
- установлен факт передачи Застрахованным лицом страхового полиса (страховой медицинской карточки) другому лицу для получения им медицинской услуги;
- Страхователь (Застрахованное лицо) вступил в сговор с представителем медицинского учреждения по поводу необоснованного оказания медицинских услуг, завышения объема оказанных услуг либо цен на них и т.п.;

11.14. В случае отказа в страховой выплате в соответствии с пунктом 11.9. настоящих Правил, Страховщик принимает решение об отказе в страховой выплате в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения и проверки документов, предусмотренных пунктом 11.10. настоящих Правил, если иное не указано в Договоре страхования. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решения об отказе. При несогласии Страхователя (Застрахованного лица) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

11.15. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному лицу, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом в договоре устанавливается период оказания медицинской помощи по такой госпитализации, расходы по которой подлежат возмещению.

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Споры, возникающие по договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, разрешаются путем направления письменной претензии. Претензия подлежит рассмотрению получившей ее стороной в течение 30 (Тридцати) дней с даты получения. Результатом рассмотрения является письменный ответ на претензию, который направляется второй стороне в указанный срок.

В случае уклонения Стороны от получения претензии или не получения ответа на претензию другая сторона имеет право воспользоваться иными предусмотренными настоящими Правилами или действующим законодательством Российской Федерации способами урегулирования споров.

12.2. Споры, возникающие в процессе оказания медицинской помощи и иных услуги Застрахованным лицам, в досудебном претензионном порядке разрешает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинской организации и/или иной организации и, в случае необходимости, независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшей стороны.

12.3. Соблюдение досудебного претензионного порядка является обязательным для субъектов страхования в случае возникновения споров при исполнении договора добровольного медицинского страхования.

12.4. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

12.5. При недостижении соглашения по результатам рассмотрения претензии физические лица, являющиеся Страхователем, Выгодоприобретателем или Застрахованным лицом по заключенному на основании настоящих Правил договору страхования, не связанному с осуществлением предпринимательской деятельности указанными лицами, имеют право обратиться за защитой своих прав и законных интересов к Уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг.

Случаи обязательного предварительного обращения за защитой своих прав и законных интересов к Уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг, порядок такого обращения, регулируются Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

12.6. При недостижении соглашения по результатам рассмотрения претензии и/или обращения к Уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг стороны сохраняют право на рассмотрение спора в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12.7. Страховщик вправе предъявить требование о возврате выплаченного возмещения, если для этого возникнут или обнаружатся основания, предусмотренные законодательством РФ или настоящими Правилами.

12.8. Во время рассмотрения спора по качеству оказания услуг какие-либо выплаты по договору страхования приостанавливаются до соглашения Сторон либо вступления в законную силу решения суда.

### **13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

13.1. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан по запросу Страховщика предоставить надлежащим образом заверенные документы и сведения, необходимые Страховщику для осуществления своих обязанностей в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения Страхователь в течение 10 (Десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений обязан письменно уведомить об этом Страховщика и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений.

13.2. Страховщик вправе приостановить денежные операции в рамках заключенного со Страхователем договора страхования или отказаться от их совершения в случаях и порядке, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

13.3. Страховщик не несет гражданско-правовой ответственности при приостановлении денежных операций в рамках заключенного со Страхователем договора страхования или отказе от их совершения в случаях, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

13.4. Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть заключенный со Страхователем договор страхования в случаях и порядке, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

13.5. Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении договора страхования в одностороннем порядке. Договор страхования считается расторгнутым с даты получения Страхователем указанного уведомления, а в случае уклонения Страхователя от получения указанного уведомления — по истечении 10 (Десяти) дней с даты отправления письменного уведомления Страховщиком.

13.6. При исполнении своих обязательств Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также иные действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии коррупции.

13.7. В случае возникновения у любой Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела, соответствующая Сторона обязуется уведомить об этом другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела другой Стороной, ее аффилированными лицами, работниками или посредниками.

13.8. Сторона, получившая уведомление о нарушении каких-либо положений настоящего раздела, обязана рассмотреть уведомление и сообщить другой Стороне об итогах его рассмотрения в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

13.9. Стороны гарантируют осуществление надлежащего разбирательства по фактам нарушения положений настоящего раздела с соблюдением принципов конфиденциальности и применение эффективных мер по предотвращению возможных конфликтных ситуаций. Стороны гарантируют отсутствие негативных последствий как для уведомившей Стороны в целом, так и для конкретных работников уведомившей Стороны, сообщивших о факте нарушений.

13.10. В случае подтверждения факта нарушения одной Стороной положений настоящего раздела и/или неполучения другой Стороной информации об итогах рассмотрения уведомления о нарушении в соответствии с настоящим разделом, другая Сторона имеет право расторгнуть договор страхования, заключенный в рамках настоящих Правил, в одностороннем внесудебном порядке путем направления письменного уведомления не позднее чем за 15 (Пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия Договора страхования.

### **14. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

14.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение заключенного договора страхования Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

14.3. При просрочке оплаты Страхователем страховой премии (внесения страховых взносов), Страховщик вправе приостановить действие договора страхования в одностороннем порядке и уведомить медицинское учреждение, с которым у него заключен договор о предоставлении услуг Застрахованным лицам, о приостановлении оказания таких услуг по договору страхования. О приостановлении действия договора страхования Страховщик сообщает Страхователю, который, в свою очередь, обязан своевременно известить об этом Застрахованных лиц.

14.4. После уплаты Страхователем задолженности по страховым взносам, действие договора страхования возобновляется, о чем Страховщик уведомляет соответствующее медицинское учреждение, а Страхователь – Застрахованных лиц.

14.5. Расходы Страховщика по уведомлению медицинских учреждений о приостановлении действия договора и его возобновлении возмещаются Страхователем.

14.6. В период приостановления действия договора страхования медицинское или иное учреждение оказывает Застрахованным лицам услуги, предусмотренные договором (полисом) страхования, за их счет.

## **15. СОГЛАСОВАНИЕ СПОСОБОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

15.1. Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) в Договоре страхования, заявлении об урегулировании (о выплате страхового возмещения) могут согласовать способ взаимодействия для направления информации и документов в связи с исполнением обязательств по Договору страхования.

15.2. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан обеспечить получение информации от Страховщика с использованием выбранных им способов взаимодействия и уведомить Страховщика в случае изменения контактов, выбранных для способов взаимодействия, в течение 3 (Трёх) рабочих дней.

15.3. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) самостоятельно несет риск последствий неполучения информации от Страховщика в случае неупоминания об изменении контактов, выбранных для способов взаимодействия.

15.4. Страховщик информирует об изменении своей контактной информации на своем официальном сайте в сети Интернет.



**Базовые страховые тарифы по медицинскому (добровольному) страхованию**  
(в процентах от страховой суммы за период страхования — 1 год)

<b>Программы медицинского страхования</b>	<b>Базовый тариф, %</b>
Амбулаторно поликлиническая помощь	14,57
Специализированная стоматология	10,93
Плановая и экстренная стационарная помощь	12,39
Экстренная стационарная помощь	10,20
Скорая и неотложная медицинская помощь	5,83
Клещевой энцефалит – 1	2,91
Клещевой энцефалит – 2	2,75
Реабилитационно-восстановительное лечение	9,47
Дородовое наблюдение беременных женщин	18,94
Акушерская помощь	21,86
Медикаментозное лечение	21,86
Профилактика и лечение инфекционных заболеваний	14,57
Современная медицинская помощь	23,31
Личный врач	21,86
Врач офиса	21,86

**В зависимости от различных факторов, влияющих на степень страхового риска, к базовому тарифу применяются поправочные коэффициенты.**

<b>Фактор, влияющий на степень риска</b>	<b>Диапазон поправочных коэффициентов</b>
Объем страхового покрытия	0,05 – 5,0
Наличие хронических заболеваний	0,1 – 5,0
Возраст Застрахованного	0,1 – 5,0
Профессия Застрахованного	0,1 – 4,0
Беременность Застрахованной	0,1 – 7,0
Занятие спортом	0,9 – 7,0
Состояние здоровья Застрахованного	0,1 – 10,0
Количество Застрахованных по договору страхования	0,1 – 1,0
Франшиза, в зависимости от типа и размера	0,1 – 1,0
Риск изменения валютного курса – при страховании в валютном эквиваленте	1,036
Прочие факторы	0,1 – 5,0

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования получается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки на поправочные коэффициенты.

Размер минимально возможной тарифной ставки составляет 0,1% от страховой суммы, размер максимально возможной тарифной ставки – 90,00% от страховой суммы.

Конкретные значения поправочных коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска.