

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК»**

УТВЕРЖДЕНО

Генеральный директор
АО СК «ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК»
Беженков Сергей Александрович
(Приказ № 3с-23
«16» января 2023 года)

**ПРАВИЛА
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**

(27-01)

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Субъекты страхования
4. Страховые случаи и страховые риски
5. Исключения из страхового покрытия. Отказ в страховой выплате
6. Территория действия договора страхования
7. Порядок определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа
8. Порядок заключения договора страхования. Внесение изменений и прекращение действия договора страхования
9. Страховая выплата. Порядок предоставления медицинской помощи и иных услуг
10. Последствия увеличения степени страхового риска в период действия договора страхования
11. Права и обязанности сторон
12. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящими Правилами медицинского страхования граждан (далее – Правила страхования) определяются условия, на основании которых Акционерное общество «Страховая компания «Двадцать первый век» («Страховщик») заключает договоры добровольного медицинского страхования.

Договором добровольного медицинского страхования (далее «Договор страхования») является договор страхования, заключенный между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовать и финансировать предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по Программам добровольного медицинского страхования (далее «Программа страхования»).

Страховщик на основании настоящих Правил заключает договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования.

Договор коллективного добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями в отношении работников этого юридического лица (индивидуального предпринимателя) и членов их семей, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Договор индивидуального добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с физическим лицом, обладающим гражданской дееспособностью, в отношении этого физического лица или в отношении иного физического лица, названного в Договоре страхования.

1.1. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, въезжающих на территорию или пребывающих на территории Российской Федерации на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и получившие миграционную карту.

1.2. Медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ медицинского страхования, согласно которым Застрахованным лицам гарантируется организация и финансирование получения первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, а также дополнительных медицинских и иных услуг дополнительно к установленным программам обязательного медицинского страхования.

1.3. Положение настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в Договоре страхования, обязательно для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

1.4. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

1.5. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление с любой медицинской документацией, связанной с его состоянием здоровья для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским организациям, где Застрахованные лица получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну,

включающие в себя в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

1.6. В тексте настоящих Правил, используются следующие термины:

«Договор медицинского страхования» («Договор страхования») – договор, заключенный между Страхователем и Страховщиком, по условиям которого, Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) организовать и оплатить предоставление Застрахованному лицу в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по репатриации, а также иных, связанных с медицинскими, услуг, предусмотренных Договором страхования, в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

«Страховой полис» – документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования.

«Страховая выплата» («страховое возмещение») – денежная сумма, оплачиваемая Страховщиком в счет оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

«Франшиза» – часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежащих возмещению Страховщиком Медицинской или иной организации, либо Застрахованному лицу, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

«Программа медицинского страхования» (далее «Программа») – перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых Страховщиком, а также медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо может получить медицинские услуги. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

«Место жительства» – место, где Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает.

«Основное место работы» – организация (индивидуальный предприниматель), с которой Застрахованное лицо состоит в трудовых отношениях на основании трудового или гражданско-правового договора (контракта).

«Транспортный узел» – комплекс транспортных устройств в пункте стыка нескольких видов транспорта, совместно выполняющих операции по обслуживанию транзитных, местных, городских и международных перевозок грузов и пассажиров (аэропорт, вокзал или морской порт).

«Медицинская организация», «медицинское учреждение» – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность (оказывающее медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные организации, организации лечебно-восстановительной терапии и прочие) на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

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

«Аптечные учреждения» – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с

требованиями законодательства Российской Федерации, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по медикаментозному обеспечению.

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

«**Неотложная медицинская помощь**» – это медицинская помощь, оказываемая Застрахованному лицу при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

«**Медицинские услуги**» – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

«**Лекарственное обеспечение**» – оплата стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата и, при необходимости, доставка включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственных средств.

«**Обеспечение изделиями медицинского назначения**» предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и, при необходимости, их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

«**Медико-транспортные услуги**» – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории Российской Федерации;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории Российской Федерации по медицинским причинам (по предписанию врача);

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту проживания Застрахованного медицинского учреждения на территории Российской Федерации.

«**Услуги по репатриации**» – услуги, связанные с транспортировкой тела (останков) Застрахованного лица, смерть которого наступила в течение срока страхования на территории Российской Федерации, до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного транспортного узла. Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела (останков) осуществляется в соответствии с международными стандартами.

«**Иные услуги**» – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, 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, реабилитационно-восстановительном, 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.

«Стихийные бедствия» - буря, вихрь, смерч, ураган, наводнение, паводок, землетрясение, оползень, просадка грунта, ливень, град, обильный снегопад и другие необычные для данной местности атмосферные явления.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом медицинского страхования в зависимости от страховых рисков могут быть не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные:

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

2.1.2. с непредвиденными расходами по посмертной репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховщик – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности (Акционерное общество «Страховая компания «Двадцать первый век»).

3.2. Страхователи - юридические лица любой организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели или дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования в пользу третьих лиц или в свою пользу.

3.3. Застрахованный, застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

3.4. Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

3.4.1. ВИЧ-инфекция, СПИД

3.4.2. особо опасные инфекционные болезни, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

3.4.3. наркологические заболевания.

3.5 Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующие заболевания:

3.5.1. психические расстройства и расстройства поведения;

3.5.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

3.5.3 туберкулез;

3.5.4 заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

3.5.5 системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

3.5.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечная или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

3.5.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;

3.5.8 инвалидность (кроме III группы)

может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт Правил. При страховании лиц, указанных в п. 3.5 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское и иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с ними осложнениям.

3.6. Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.

3.7. Застрахованное лицо, указанное в Договоре коллективного страхования, может быть заменено по соглашению Страховщика и Страхователя другим лицом при условии предоставления Страховщику письменного согласия Застрахованного лица.

3.8. Договором коллективного медицинского страхования может быть предусмотрено, что Застрахованными лицами являются только работники Страхователя и/или члены их семей.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, произошедшее в течение срока его действия, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. По Договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами, страховыми случаями могут являться следующие события (одно или оба из перечисленных, в зависимости от условий Договора страхования и (или) Программы страхования):

4.3.1. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и в других случаях, предусмотренных Договором страхования, требующих оказания медицинской помощи, в том числе специализированной медицинской помощи в неотложной форме, кроме событий, указанных в п.п.5.1-5.4 настоящих Правил.

4.3.2. Смерть Застрахованного лица в течение периода страхования на территории Российской Федерации, повлекшая необходимость репатриации тела (останков) Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного транспортного узла в стране постоянного проживания Застрахованного.

4.4. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и/или иные услуги, оказанные Застрахованным в медицинских и/или иных учреждениях по существующим технологиям в соответствии с

условиями Договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы. Страховщик гарантирует оплату медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программой, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, предоставляемых медицинскими и/или иными учреждениями в Российской Федерации и за рубежом, если это предусмотрено условиями Договора страхования. При этом организация оказания медицинских и/или иных услуг в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские и/или иные учреждения, либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского и/или иного учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности.

4.5. Перечень медицинских и иных услуг и объем медицинской помощи определяется Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования.

4.6. Программа страхования является приложением к Договору страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные Программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных Программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

4.7. Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

4.8. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи и иных услуг, в течение срока действия Договора страхования является страховым случаем даже в случае, если срок оказания медицинской помощи и иных услуг превышает срок действия Договора страхования, но с учетом положения п.5.3 настоящих Правил страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

5.1. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица к Страховщику, в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение:

5.1.1. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным противоправных действий, что должно быть подтверждено решением компетентных органов;

5.1.2. в связи с причинением Застрахованным вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решением компетентных органов;

5.1.3. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно

установлены уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

5.1.4. для получения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

5.1.5. для получения лазерной или контактной коррекции зрения, кроме случаев нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если Договором страхования не предусмотрено иное;

5.1.6. по поводу алкоголизма, токсикомании, наркомании;

5.1.7. по поводу лечения венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;

5.1.8. по поводу онкологических заболеваний в любой их стадии;

5.1.9. по поводу психических заболеваний независимо от сроков выявления;

5.1.10. по поводу вреда, причиненного жизни и здоровью Застрахованного (включая травмы и их последствия) при его нахождении в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения/отравления и (или) по поводу заболеваний, вызванных употреблением Застрахованным алкогольных, токсических/наркотических веществ и/или их прекурсоров, аналогов, либо препаратов, содержащих данные вещества.

5.1.11. за получением медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;

5.1.12. не предусмотренное Договором страхования и/или Программой страхования;

5.1.13. по поводу вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного в результате стихийных бедствий и террористических актов, что должно быть подтверждено документами компетентных органов;

5.1.14. в других случаях, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования.

5.2. Не являются страховыми случаями и не оплачиваются расходы, понесенные Страхователем или иными лицами, связанные с организацией похорон и погребением Застрахованного лица.

5.3. Не являются страховым случаем и не оплачиваются расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования. Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия Договора страхования, и понесенные до момента устранения угрозы жизни Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.4. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если предусмотренный условиями Договора страхования, страховой случай наступил в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5.5. Решение об отказе в страховой выплате в связи с наличием оснований, предусмотренных п.п.5.1-5.4 настоящих Правил, принимается Страховщиком или медицинским учреждением, сервисной компанией и/или иным учреждением, в случае обращения Застрахованного непосредственно в указанные учреждения.

5.6. Решение Страховщика об отказе в страховой выплате в связи с наличием оснований, предусмотренных п.п.5.1-5.4 настоящих Правил сообщается Страхователю и/или Застрахованному лицу в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 3 рабочих дней с принятия такого решения.

6. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования действует на территории Российской Федерации, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования.

6.2. Организация предоставления медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях осуществляется на основе договоров Страховщика с указанными учреждениями либо через сервисные компании на основе соответствующих договоров, если это прямо предусмотрено Договором страхования.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ И СТРАХОВОГО ТАРИФА

7.1. Страховой суммой является денежная сумма, указанная в Договоре страхования (полисе), исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и максимальный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.

7.2. Страховая сумма определяет предельную стоимость медицинской помощи и иных услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия Договора страхования независимо от числа обращений в медицинские учреждения.

7.3. Страхователь вправе в течение срока действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых Программой страхования услуг в рамках иных Программ страхования Страховщика, путем заключения дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

7.4. В случаях, если стоимость медицинской помощи или иных услуг превышает размер страховой суммы, Страхователь (Застрахованное лицо) самостоятельно оплачивает расходы, превышающие размер страховой суммы, если иной порядок не установлен соглашением Страхователя и Страховщика.

7.5. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховых выплат – по отдельным Программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

7.6. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от страховой выплаты, если ее размер не превышает размер франшизы, однако возмещает ее полностью в случае, если размер страховой выплаты превышает размер франшизы), безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы) и временной (в Договоре страхования устанавливается период времени с момента вступления Договора в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся). Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

7.7. Под страховой премией (страховым взносом) понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

7.8. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера.

7.9. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы (приложение №1 к настоящим Правилам). Размер страхового тарифа и страховой премии

устанавливается в зависимости от экспертно определяемых факторов риска. Обстоятельствами, влияющими на размер страховой премии являются: профессиональная деятельность, территория проживания и работы, пол, возраст, фактическое состояние здоровья, образ жизни Застрахованного лица; наличие хронических заболеваний и история болезней Застрахованного лица, иные обстоятельства, указанные в заявлении на страхование, страховом полисе (договоре страхования) или в приложениях к ним.

7.10. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок действия Договора страхования, или уплачиваться в рассрочку (страховыми взносами) в течение срока действия Договора страхования. Уплата страховой премии производится наличными денежными средствами в кассу Страховщика или путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика. Порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в Договоре страхования.

7.11. Если к сроку, установленному в Договоре страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, Договор страхования считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается.

7.12. Страхователь, если иное не определено Договором страхования, теряет право на рассрочку уплаты страховой премии, если до уплаты очередного страхового взноса произошел страховой случай. В этом случае Страхователь обязан досрочно уплатить оставшуюся часть страховой премии. До окончательного расчета Страхователя со Страховщиком страховые выплаты по данному Договору не производятся, кроме случаев осуществления страховых выплат в счет оказания Застрахованному медицинской помощи, связанной с устранением непосредственной угрозы его жизни.

7.13. При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от ее годового размера (срок страхования приводится в месяцах) (Таблица 1):

Таблица 1

Срок страхования (мес.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% от годовой премии	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

7.14. При страховании на срок менее одного месяца страховая премия рассчитывается следующим образом (Таблица 2):

Таблица 2

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 страховая премия по Договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год/несколько лет и месяц/несколько месяцев, то страховой взнос за оставшуюся часть года вычисляется из предыдущего годового взноса пропорционально количеству полных месяцев оставшегося страхового периода.

7.15. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неуплаты очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие с 00

часов 00 минут дня, следующего за днем неуплаты очередного страхового взноса, если Сторонами не заключено дополнительное письменное соглашение об изменении срока и порядка уплаты очередных страховых взносов. В случае просрочки уплаты очередного страхового взноса Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки и о последствиях неоплаты.

7.16. Страховая сумма и страховая премия (страховые взносы) устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в российских рублях. При этом денежное обязательство подлежит оплате в российских рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального Банка России, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено Договором страхования (далее – «страхование с валютным эквивалентом»).

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме сроком на один год, если иное не предусмотрено Договором страхования:

- путем составления одного документа – Договора страхования, подписанного Страхователем и Страховщиком;
- путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факсимильное сообщение и т.д.).

8.3. При заключении Договора страхования Страховщик вправе провести медицинское анкетирование и/или назначить предварительное медицинское обследование страхуемого лица (лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья. Медицинское анкетирование и предварительный медицинский осмотр страхуемого лица (лиц) производится за счет средств Страхователя. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае отказа лица, принимаемого на страхование от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

8.4. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные Программы страхования как из числа Программ, предложенных Страховщиком, так и содержать Программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг. Перечень, медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему Договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица; кроме того, Страховщик и Страхователь могут

договориться и о названии Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

8.5. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о застрахованном лице (лицах);
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора страхования и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о перечне медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования;
- о перечне медицинских и иных учреждений;
- об условиях и сроках вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения, ответственности сторон;
- об иных условиях, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

8.6. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (страховом полисе), заявлении на страхование, медицинской анкете или в его письменном запросе.

8.7. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п.п.8.5.-8.6. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и потребовать возмещения причиненных убытков, включая размер осуществленных страховых выплат по Договору страхования и расходов на ведение дела или в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ.

8.8. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п.п. 3.4, 3.5. Правил, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ.

8.9. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, Программой страхования. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

8.10. При заключении Договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

8.11. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

- при уплате страховой премии (страхового взноса) наличными денежными средствами - с момента уплаты страховой премии или первого страхового взноса в кассу Страховщика, но не ранее даты начала срока страхования.

- при уплате страховой премии (страхового взноса) в безналичном порядке - с 00 часов дня, следующего за днем зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

8.12. Заключение Договора коллективного медицинского страхования, но не ранее даты начала срока страхования.

8.12.1. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества работников Страхователя или лиц, работающих у Страхователя на основании гражданско-правового договора, а также членов их семей, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.12.2. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя, в котором должны быть указаны:

- полное наименование индивидуального предпринимателя или юридического лица, в том числе его организационно-правовая форма;

- адрес местонахождения (юридический адрес) и адрес фактического местонахождения Страхователя и его контактная информация (номер телефона, факса, e-mail и т.д.), а также действующие банковские реквизиты;

- основной государственный регистрационный номер Страхователя;

- ИНН Страхователя, информация о выгодоприобретателях и (или) бенефициарных владельцах, а также иная информация, получаемая во исполнение законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма;

- список Застрахованных лиц с указанием их фамилии, имени, отчества (при наличии), даты и места рождения, гражданства, адреса постоянной регистрации и/или фактического адреса проживания (пребывания), номера телефона, реквизитов документа, удостоверяющего личность, данных миграционной карты и документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание на территории Российской Федерации (в случае их наличия), а также иной информации о каждом принимаемом на страхование лице, получаемой во исполнение законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма;

- Программа страхования;

- период страхования/срок действия Договора страхования.

8.12.3. Страхователь обязан представить документы, позволяющие идентифицировать Страхователя - юридическое лицо (индивидуального предпринимателя):

- заверенные надлежащим образом копии свидетельства о государственной регистрации, свидетельства о постановке на налоговый учет, учредительных документов, подтверждающих полномочия руководителя юридического лица;

- доверенность от имени Страхователя (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения Договора страхования и Договор страхования, не обладает полномочиями на подписание документов и Договора страхования на основании учредительных документов);

- выписку из Единого государственного реестра юридических лиц (индивидуальных предпринимателей) выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления Страховщику.

8.12.4. Для заключения Договора страхования Страховщик вправе потребовать у Страхователя предоставить следующие документы:

- копию документа, удостоверяющего личность принимаемого на страхование лица (лиц);

- копию документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации (визы и/или миграционной карты);
- выписку из медицинской организации принимаемого на страхование лица (лиц), в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового или гражданско-правового договора между принимаемым на страхование лицом (лицами) и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем.

8.12.5. Если Договор страхования заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами, то Застрахованным по Договору страхования могут выдаваться страховые полисы установленной формы в течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.13. Заключение Договора индивидуального медицинского страхования.

8.13.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя, в котором (или в документах, прилагаемых к которому) должно быть указаны:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) Страхователя, дата и место его рождения, гражданство, адрес места регистрации и фактического места жительства, номер телефона и (или) иная контактная информация;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) Застрахованного лица, дата и место его рождения, гражданство, адрес места регистрации и фактического места жительства, номер телефона и (или) иная контактная информация;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность Страхователя и Застрахованного лица;
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя (в случае их наличия);
- иная информация, получаемая во исполнение законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма;
- Программа страхования;
- срок действия Договора страхования;

8.13.2. Для заключения Договора страхования Страховщик вправе потребовать у Страхователя предоставления следующих документов:

- копии документа, удостоверяющего личность Страхователя/Застрахованного лица;
- копии документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации (виза и/или миграционная карта);
- выписки из медицинской организации принимаемого на страхование лица, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;

8.14. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

8.15. В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующий страховой взнос за период; с момента включения указанных лиц в список Застрахованных до окончания срока действия Договора страхования.

8.16. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании письменного заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в

Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

8.17. В случае внесения изменений в Договор страхования обязательства считаются измененными и вступают в силу со дня заключения дополнительного соглашения сторон об изменении договора, если иное не вытекает из соглашения.

8.18. Прекращение действия и расторжение Договора страхования.

8.18.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
 - б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме (в размере полной страховой суммы);
 - в) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, прекращении деятельности Страхователя, являющегося индивидуальным предпринимателем или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
 - г) в случае смерти Застрахованного лица (договор прекращается в отношении такого Застрахованного лица) – с даты смерти Застрахованного;
 - д) полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования и договор страхования прекращается полностью; либо полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных, в этом случае договор страхования прекращается в отношении данного Застрахованного лица;
- в обоих случаях договор считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;
- е) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором Страхования.

8.18.2. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами действующего гражданского законодательства Российской Федерации с обязательным письменным уведомлением Страховщика. При этом Договор страхования считается прекращенным (расторгнутым) с даты, указанной в уведомлении как дата прекращения (расторжения) Договора страхования. Договор страхования может быть прекращен в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных.

8.18.3. Страхователь – физическое лицо, вправе досрочно отказаться от договора страхования (Полиса) в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, 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 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения договора страхования (Полиса).

Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору (Полису) (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения, но после даты начала страхования, при

отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора, если иного не предусмотрено Договором страхования (Полисом) или соглашением сторон.

Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Порядок досрочного отказа от договора страхования, предусмотренный в настоящем пункте правил не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются юридические лица, а также физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В случае, если после расторжения договора страхования будет обнаружено, что в периоде действия договора страхования (Полиса) произошли события, имеющие признаки страхового случая, и, соответственно, Страхователь не имел права на возврат страховой премии, Страхователь обязан вернуть Страховщику необоснованно полученные денежные средства в течение 5 рабочих дней с момента получения требования Страховщика.

8.18.4. Страхователь – физическое лицо, вправе досрочно отказаться от договора страхования (Полиса) в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о Договоре страхования в соответствии с требованиями Банка России. При этом Страховщик по требованию Страхователя возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии (страхового взноса) за истекший срок действия страхования до окончания очередного оплаченного периода страхования, в срок, не превышающий 7 (Семи) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. Возврат осуществляется при отсутствии в оплаченном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

8.18.5. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных, 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. При этом Страхователю возвращается оплаченная страховая премия пропорционально не истекшему сроку действия Договора страхования, за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере 65% от оплаченной премии, если Договором страхования (Полисом) не предусмотрено иное.

8.18.6. В случае досрочного расторжения Договора страхования по требованию Страхователя в иных случаях, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

8.18.7. Если уплата страховой премии (страхового взноса) состоялась до даты вступления Договора страхования в силу, указанной в Договоре страхования, а Страхователь или Страховщик в силу обстоятельств, определенных законодательством Российской Федерации, отказываются от заключения Договора страхования, и при этом дата вступления Договора в силу не наступила, страховая премия (страховой взнос), уплаченная до даты вступления Договора страхования в силу, возвращается в полном объеме без удержания расходов Страховщика.

8.18.8. Во всех случаях прекращения Договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

8.19. Если после заключения Договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для его Сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного Договора страхования. 8.20. Все уведомления, направляемые Страховщиком Страхователю, считаются сделанными надлежащим образом, если они направлены:

- на адрес места жительства (места временного пребывания) Страхователя - физического лица, либо на иной адрес, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему или ином документе (извещение, заявление на выплату), с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Выгодоприобретателя).

В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика.

- на адрес места нахождения юридического лица, либо на иной адрес, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему. В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика. В любом случае, считается надлежащим уведомление, направленное на адрес места нахождения Страхователя, указанный в ЕГРЮЛ на дату направления уведомления;

- на адрес электронной почты Страхователя, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему. В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика;

- путем SMS уведомления на номер мобильного телефона, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему. В случае изменения такого номера телефона, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика.

Все уведомления, направляемые Страхователем Страховщику, считаются сделанными надлежащим образом, если они направлены:

- на адрес места нахождения Страховщика;
- на адрес электронной почты Страховщика, указанный в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему, либо на официальном сайте Страховщика.

Документы, предоставляемые при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, принимаются по месту нахождения Страховщика: 190000, Санкт-Петербург, Литейный пр. 57а, или на иные адреса, указанные для этой цели в договоре страхования, страховом полисе или на официальном сайте Страховщика.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИНЫХ УСЛУГ

9.1. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также приобретения лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение

и в аптечную (или иную)¹ организацию по их счетам, либо в порядке, установленном п.9.10 - 9.11 настоящих Правил.

9.2. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть организовано и оплачено Страховщиком также путем возмещения Застрахованному его расходов на приобретение санаторно-курортной путевки/курсовки, либо путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению, либо санаторно-курортному агентству санаторно-курортной путевки/курсовки.

9.3. Плановая госпитализация Застрахованного осуществляется не менее чем за 14 календарных дней до окончания действия Договора страхования. При плановой госпитализации оплата услуг производится до конца срока действия Договора страхования, далее – за счет Страхователя (Застрахованного).

9.4. Согласование и порядок предоставления медицинской помощи и иных услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения, указанные в Договоре страхования, или предварительно к Страховщику и/или сервисную (ассистанскую) компанию по указанным в Договоре страхования или страховом полисе телефонам не позднее 5 календарных дней с даты наступления события, имеющего признаки страхового случая.

Застрахованное лицо при обращении в медицинское и/или иное учреждение обязано предъявить Договор страхования (страховой полис), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, если иное не предусмотрено Правилами оказания медицинских услуг.

9.5. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по Договору страхования заключает договоры на оказание медицинской помощи и иных услуг Застрахованным с государственными и частными медицинскими и иными учреждениями, находящимися на территории Российской Федерации и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники, аптечные учреждения, частнопрактикующих врачей и иные организации различных форм собственности, являющиеся резидентами или нерезидентами на территории Российской Федерации.

9.6. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, предоставляют Застрахованным лицам услуги в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования путем оказания консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи. В соответствии с Программой страхования Застрахованному по медицинским показаниям могут быть предоставлены медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

9.7. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинского учреждения.

9.8. Порядок и сроки перечисления Страховщиком денежных средств в счет страховой выплаты непосредственно на расчетный счет медицинской (аптечной) или иной организации определяется условиями договоров, заключенных Страховщиком с указанными организациями.

При этом перечисление денежных средств может производиться либо авансировано, либо после получения Страховщиком счета медицинской (аптечной) или иной организации с указанием диагноза, сроков лечения, перечня и количества оказанных услуг, их стоимости и

¹ Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения, как в розницу, так и оптом.

общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы, предусмотренной Договором страхования.

9.9. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

9.10. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования. При этом указанные расходы должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 9.11. настоящих Правил, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

9.11. Для принятия решения о выплате страхового возмещения в соответствии с п. 9.10. настоящих Правил Страхователь (Застрахованный) должен предоставить Страховщику следующие документы:

- оригинал заявления от имени Застрахованного лица;
- оригинал или копию страхового полиса, квитанции об оплате страховой премии (страхового взноса);
- копию паспорта Застрахованного лица;
- копию свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц)
- копию доверенности, подтверждающей статус представителя Застрахованного лица, если интересы Застрахованного представляет уполномоченное лицо;
- копии документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации (виза и/или миграционная карта);
- оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских и иных услуг (кассовые чеки, приходные кассовые ордера или квитанции, по форме, утвержденной законодательством Российской Федерации как бланк строгой отчетности для расчетов с населением за медицинские и иные услуги без применения кассовых аппаратов);
- оригинал счета с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг, дат оказания услуг и их стоимости;
- копию направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных и/или стационарных условиях из медицинской организации, предусмотренной Программой страхования;
- оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного (эпикриз)

с указанием даты, полного диагноза, периода лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, описание рентген-снимка или рентген-снимки;

- документ, содержащий полные банковские реквизиты Страхователя или Застрахованного лица, для перечисления страхового возмещения. Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Страхователь и/или Застрахованное лицо.

9.11.1. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, предусмотренных п.9.11 настоящих Правил, если обстоятельства страхового случая и/или размер ущерба известны Страховщику и не вызывают у него сомнений.

9.12. Страховая выплата, в соответствии с п.9.10. настоящих Правил, производится по выбору Страхователя (Застрахованного лица) наличными денежными средствами или в безналичном порядке на расчетный счет указанного лица и осуществляется в течение 10

рабочих дней с момента получения от Страхователя (Застрахованного лица) документов, указанных в п.9.11 настоящих Правил и признания Страховщиком расходов, предъявленных к возмещению обоснованными, а также выполнения Страхователем (Застрахованным лицом) всех обязанностей, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами.

9.12.1. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие решения и передает документы для оплаты, либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

9.13. В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты по Договору страхования в иностранной валюте, страховое возмещение может быть выплачено Страховщиком в иностранной валюте. При этом с целью осуществления контроля над финансовым риском в размере разницы курса иностранных валют по отношению к российскому рублю Страховщик вправе применять ограничение на величину изменения курса иностранной валюты, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение такого ограничения возможно только при его указании в Договоре страхования.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан уведомлять Страховщика обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска, в письменной форме в течение 3 (трех) дней со дня, когда им стало известно об этих обстоятельствах, с приложением документов, их подтверждающих.

10.2. В любом случае значительными признаются обстоятельства, оговоренные в Договоре страхования (страховом полисе), в Правилах страхования или в заявлении о заключении Договора страхования.

10.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительного страховой премии соразмерно увеличению степени риска.

10.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора.

10.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Застрахованное лицо имеет право:

- а) на получение медицинской помощи и иных услуг, объем которых определен в Программе страхования, в медицинских и/или иных учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;
- б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
- в) на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.
- г) запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

11.2. Застрахованное лицо обязано:

- а) представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также информацию, предоставление которой обусловлено требованиями действующего законодательства Российской Федерации;
 - б) при получении страховой документации (Договора страхования, страхового полиса, Правил страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;
 - в) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка медицинской организации в ходе получения медицинской помощи;
 - г) не передавать страховой полис их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;
 - д) при утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика;
 - е) своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии и/или имени или места регистрации и фактического жительства;
 - ж) посещать заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости;
 - з) компенсировать Страховщику его расходы, возникшие в связи с неявкой без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима, Указанные расходы должны быть компенсированы Застрахованным лицом путем внесения соответствующей суммы денежных средств в кассу Страховщика или безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика в срок не позднее 14 (Четырнадцать) рабочих дней с даты получения Застрахованным лицом соответствующего письменного требования Страховщика.
 - и) исполнять иные обязанности, не противоречащие законодательству Российской Федерации и включенные в условия Договора страхования и Программу страхования.
- Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством Российской Федерации, их законные представители.

11.3. Страхователь имеет право:

- а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
- б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных лиц в соответствии с порядком, предусмотренном Правилами страхования;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных Правилами страхования и Программой страхования, путем подписания соглашения к Договору страхования при условии уплаты дополнительного страхового взноса;

г) в случае расторжения Страхователем трудового (гражданско-правового) договора с Застрахованным, являющимся работником Страхователя, заменить его другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Правилами страхования;

д) досрочно отказаться от Договора страхования, в том числе в отношении части Застрахованных лиц или конкретного Застрахованного лица.

е) запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

11.4. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования, иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, а также информацию, предоставление которой обусловлено требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

б) уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, определенные Договором страхования (страховым полисом);

в) исполнять иные обязанности, не противоречащие законодательству Российской Федерации и включенные в условия Договора страхования и Программу страхования.

11.5. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования, иной необходимой информации, связанной с исполнением Договора страхования, а также информации, предоставление которой обусловлено требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

б) проверять предоставляемую Страхователем (Застрахованными лицами) и третьими лицами информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованными лицами) настоящих Правил страхования и условий Договора страхования;

в) организовать экстренную медицинскую помощь Застрахованному лицу по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03» («112»), госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования;

г) по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения договора с медицинским и/или иным учреждением, указанным в Договоре страхования;

д) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

е) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении медицинским и/или иным учреждением стоимости предоставляемой медицинской, в том числе лекарственной, и медико-социальной помощи, и иных услуг.

11.6. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования и Программой страхования, вручить их Страхователю;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным лицам) страховые полисы установленной формы;

в) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования;

г) обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации об основах охраны здоровья граждан.

д) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному в медицинских и/или иных учреждениях, предусмотренных Договором страхования, и медицинских и/или иных учреждениях, медицинская помощь и иные услуги в которых были организованы Страховщиком;

е) исполнять иные обязанности, не противоречащие законодательству Российской Федерации и включенные в условия Договора страхования и Программу страхования.

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

11.7.1. Страхователь, заключая Договор страхования на условиях настоящих Правил страхования, а также Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, подтверждают свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя и Застрахованного лица, указанных в п.11.7.2 Правил страхования, 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.

11.7.2. Персональные данные Страхователя (Застрахованных лиц) включают в себя: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату и место рождения, гражданство, адрес регистрации и места фактического проживания, контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина (лица без гражданства) на пребывание на территории Российской Федерации (визы и/или миграционной карты), сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, их заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

11.7.3. 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 учреждениям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской и иной помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

11.7.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

11.7.5. Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо) дает свое согласие на обработку персональных данных 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 (Застрахованного лица) на обработку персональных данных действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

11.7.6. При заключении со Страховщиком Договора коллективного добровольного медицинского страхования Страхователь, обязан брать у каждого принимаемого на страхование лица письменное согласие на передачу и обработку его персональных данных, по форме, установленной Страховщиком, и передавать его Страховщику не позднее 10 календарных дней с момента заключения Договора страхования.

11.7.7. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать своё 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 (Застрахованного лица) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/отзыва согласия на обработку персональных данных.

11.7.8. При поступлении письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования.

11.7.9. 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.

11.7.10. Отзыв Страхователем или Застрахованным лицом согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления указанных лиц 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.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из Договоров страхования, заключенных на основании настоящих правил страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

12.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования до предъявления к Страховщику иска, Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

12.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства РФ к их оформлению и содержанию, предусмотренные правилами страхования (условиями Договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя (Выгодоприобретателя).

12.4. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от страхователя (Выгодоприобретателя) заявления о страховом случае.

12.5. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя (Выгодоприобретателя) заявления о страховом случае.

12.6. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

12.7. В случае если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

12.8. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Выгодоприобретателя), и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена советом службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

- в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

12.9. В случаях, предусмотренных Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ГРАЖДАН
(в процентах от страховой суммы)

Программа страхования	Брутто-ставка по договору (в % от страховой суммы)
Программа медицинского страхования «В гостях» (Страховая программа №1)	6.96
Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме (Страховая программа №2)	11.00

К настоящим тарифным ставкам Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от пола и возраста Застрахованного (повышающие от 1,1 до 2, понижающие от 0,5 до 0,9), состояния (группы) здоровья Застрахованного (повышающие от 1,1 до 2,0, понижающие от 0,5 до 0,9), профессии и рода деятельности Застрахованного (повышающие от 1,1 до 2,0, понижающие от 0,5 до 0,9), наличия положительной страховой истории прошлых периодов по медицинскому страхованию (повышающие от 1,1 до 2,0, понижающие от 0,5 до 0,9), срока действия договора страхования (понижающие от 0,01 до 0,95), наличия франшизы (понижающие от 0,5 до 0,95), территории страхования (повышающие от 1,1 до 2,0), количества застрахованных (понижающие от 0,5 до 0,9), иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и условий страхования (повышающие от 1,05 до 3,0, понижающие от 0,1 до 0,95).

Итоговый поправочный коэффициент, применяемый Страховщиком к базовому страховому тарифу, рассчитывается как произведение указанных повышающих и понижающих коэффициентов. При этом при применении поправочных коэффициентов итоговая результирующая тарифная ставка не должна превышать 100%. Если в результате применения поправочных коэффициентов тарифная ставка превысила 100%, то тариф устанавливается 99,9%.