

Приложение №1 к Приказу

№ 081 от 11 июля 2017 года

Утверждаю

Генеральный директор

Гадлиба Ю.О.

Правила

добровольного медицинского страхования (редакция 6.0)

Оглавление

1. Общие положения.....	3
2. Субъекты страхования	7
3. Объект страхования	7
4. Страховой риск, страховой случай и объем ответственности страховщика	7
5. О порядке определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа	12
6. Порядок заключения договора страхования	14
7. Порядок выполнения обязательств по договору страхования	24
8. Права и обязанности сторон	27
9. Прекращение действия договора страхования	28
10. Порядок разрешения споров	30

Приложение №1 к Правилам добровольного медицинского страхования. Программа добровольного медицинского страхования.

Приложение №2 к Правилам добровольного медицинского страхования. Заявление о добровольном медицинском страховании.

Приложение №3 к Правилам добровольного медицинского страхования. Заявление-анкета о добровольном медицинском страховании.

Приложение №4 к Правилам добровольного медицинского страхования. Договор добровольного медицинского страхования (форма 1).

Приложение №5 к Правилам добровольного медицинского страхования. Договор добровольного медицинского страхования (форма 2).

Приложение №6 к Правилам добровольного медицинского страхования. Договор добровольного медицинского страхования (форма 3).

Приложение №7 к Правилам добровольного медицинского страхования. Полис добровольного медицинского страхования.

Приложение №8 к Правилам добровольного медицинского страхования. Пластиковая карта (форма).

Приложение №9 к Правилам добровольного медицинского страхования. Полис-памятка (форма).

Приложение №10 к Правилам добровольного медицинского страхования. Полис добровольного медицинского страхования по программе «Антиклещ» (форма).

Приложение №11 к Правилам добровольного медицинского страхования. Карта иммунизации по программе «Антиклещ» (форма).

Приложение №12 к Правилам добровольного медицинского страхования. Договор/Полис добровольного медицинского страхования (форма).

Приложение №13 к Правилам добровольного медицинского страхования. Полис добровольного медицинского страхования (форма).

1. Общие положения

- 1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых ООО «Группа Ренессанс Страхование» заключает с юридическими лицами любой организационно-правовой формы, индивидуальными предпринимателями, дееспособными физическими лицами договоры добровольного медицинского страхования по следующим видам добровольного страхования: медицинское страхование, страхование финансовых рисков.
- 1.2. Период страхования – период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования, обусловленного договором добровольного медицинского страхования (страховой защиты). Страхование распространяется только на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным лицом в течение периода страхования. Если иное не предусмотрено договором добровольного медицинского страхования, период страхования исчисляется со дня вступления договора добровольного медицинского страхования в силу и заканчивается датой окончания (прекращения/расторжения) договора добровольного медицинского страхования.
- 1.3. Ответственность Страховщика – обязательства Страховщика за обусловленную договором страхования страховую премию, уплачиваемую Страхователем, осуществить страховую выплату при наступлении указанного в договоре добровольного медицинского страхования страхового случая. Лимит ответственности Страховщика – предельная величина страховой выплаты (ответственности Страховщика), устанавливаемая в размере определенной договором добровольного медицинского страхования денежной суммы.
- 1.4. Медицинские организации – юридические лица любых форм собственности (медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные организации, организации лечебно-восстановительной терапии и прочие) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность (оказывающие медицинские услуги) на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию (иное разрешение) на право осуществления вышеназванной деятельности.
- 1.5. Аптечная организация – организация или структурное подразделение медицинской организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами для медицинского применения, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями действующего законодательства. К аптечным организациям относятся в том числе (но не ограничиваясь) аптеки, аптечные киоски, аптеки медицинских организаций, аптечные магазины, аптечные пункты.
- 1.6. Сервисные компании – организации, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских и иных связанных с медицинскими услуг (в том числе медико-социальных), а также экспертных, медико-транспортных услуг и услуг по репатриации.
- 1.7. Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:
 - машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до ближайшей медицинской организации на территории РФ;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию на территории РФ по медицинским показаниям (по предписанию врача);
 - адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из медицинской организации на территории РФ, в которой Застрахованному оказывались услуги согласно договору страхования, до места постоянного проживания Застрахованного.
- 1.8. Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством:
- иностранных граждан и лиц без гражданства – до транспортного узла, ближайшего к месту проживания (постоянной регистрации) Застрахованного или до врача, больницы, ближайшей к аэропорту места проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного;
 - граждан Российской Федерации – из страны пребывания до ближайшей медицинской организации в стране постоянного проживания или гражданства для получения медицинской помощи;
 - останков Застрахованного лица – до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный.
- 1.9. Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы) – военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, химическое или биологическое воздействие, либо заражение, а также иные обстоятельства, которые Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо) не могут предвидеть и (или) предотвратить своими силами.
- 1.10. На условиях настоящих Правил заключаются договоры добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры страхования») в отношении Застрахованных лиц в возрасте от 0 до 90 лет, если иное не установлено в договоре страхования.
- 1.11. Страховщик заключает договоры страхования в соответствии с одной или несколькими программами добровольного медицинского страхования, содержащихся в Приложении №1 к настоящим Правилам (далее – программа страхования), согласно которой (которым), если иное не предусмотрено договором страхования, гарантирует организацию и финансирование по всему миру медицинских и иных услуг, связанных с оказанием последних, которые предусмотрены договором страхования (далее – медицинская помощь или медицинские и иные услуги) определенного вида и качества, предусмотренных договором страхования с учетом положений настоящих Правил.
- 1.12. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах и не включенных в текст договора страхования, эти условия становятся обязательными для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и настоящие Правила изложены в одном документе с договором страхования 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.

- 1.13. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении любых отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил.
- 1.14. Страхование, если иное не установлено в договоре страхования, не подлежат физические лица, имеющие следующие заболевания: туберкулез; психические заболевания, алкоголизм, токсикомания, наркомания, венерические заболевания; особо опасные карантинные инфекции, включая атипичную пневмонию SARS; онкологические заболевания, заболевания крови опухолевой природы; профессиональные заболевания, острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения, любые заболевания лиц, имеющих инвалидность I и II группы; ВИЧ-инфекции; врожденная и наследственная патология (включая хромосомные нарушения, последствия родовых травм).
- 1.15. Страхователь, Застрахованное лицо, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», выражают Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, передачи риска в перестрахование, продления правоотношений со Страховщиком, в целях информирования о других страховых продуктах и услугах Страховщика, в том числе посредством прямого контакта с помощью средств связи.

К персональным данным, на обработку которых дается согласие, относятся любые сведения (информация) о Страхователе, Застрахованном лице, в том числе сведения, относящиеся к категории специальных персональных данных и сведения, составляющие врачебную тайну, в том числе:

- имя, отчество, фамилия;
- год, месяц, дата рождения;
- место рождения;
- сведения о месте регистрации и фактического проживания;
- контактные данные (номер телефона, e-mail);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, выдавший орган);
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам (в том числе медицинским организациям для целей осуществления необходимых медицинских обследований, лечения, медицинского осмотра), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

- 1.16. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством.
- 1.17. Указанное согласие Страхователя (Застрахованного) действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия договора страхования или в течение 5 (пяти) лет с момента вынесения судебного решения, имевшего место в результате возможного спора сторон относительно возмещения убытков, возникших в период действия договора страхования, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи Страхователем соответствующего письменного заявления Страховщику по его адресу, не менее чем за 30 календарных дней до даты отзыва согласия.
- 1.18. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, подтверждает, что он проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, праве на получение сведений об операторах персональных данных, праве на ознакомление с персональными данными, праве требовать уточнения персональных данных, блокирования или уничтожения персональных данных в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными. Также Страхователь подтверждает, что Страховщик предоставил ему информацию о своем наименовании и адресе, о целях обработки персональных данных, их правовых основаниях, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта персональных данных.
- 1.19. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией 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 Страхователь (Застрахованное лицо) получали / получают / будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну (далее – врачебная тайна). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают 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. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку сведений, составляющих врачебную тайну, договор страхования в отношении такого лица прекращается. При этом действие договора страхования прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку сведений, составляющих врачебную тайну.
- 1.20. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении.
- 1.21. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с действующим законодательством.

2. Субъекты страхования

- 2.1. Страховщик – ООО «Группа Ренессанс Страхование», созданное и действующее на основании Устава в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной государственным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим надзор за страховой деятельностью.
- 2.2. Страхователи – юридические лица любых организационно-правовых форм, дееспособные физические лица и индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования. Договор добровольного медицинского страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, может быть заключен Страхователем – юридическим лицом, а также индивидуальным предпринимателем в пользу названного в договоре добровольного медицинского страхования физического лица, а Страхователем – физическим лицом как в пользу названного в договоре добровольного медицинского страхования физического лица, так и в свою пользу.
- 2.3. Застрахованное лицо (далее – Застрахованный или Застрахованное лицо) – физическое лицо, застрахованное по договору добровольного медицинского страхования.

3. Объект страхования

- 3.1. Объектом добровольного медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

4. Страховой риск, страховой случай и объем ответственности страховщика

- 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 период страхования, 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 из или оба в зависимости от условий договора страхования):
 - обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских или иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованном
 - обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в аптечную организацию, из числа предусмотренных договором страхования, при таком состоянии здоровья, которое требует получения лекарственных препаратов для медицинского

применения, предусмотренных программой страхования, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации, предусмотренной договором страхования и программой страхования, при оказании Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату лекарственных препаратов для медицинского применения.

4.4. Договор страхования может быть заключен в том числе на условиях:

4.4.1. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих первичную (доврачебную), консультативную, диагностическую, лечебно-профилактическую, реабилитационно-восстановительную помощь, в соответствии с установленными государственными органами требованиями в рамках утвержденных стандартов оказания медицинской помощи (далее – **амбулаторная помощь**). Медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях в медицинской организации, на дому и по месту работы Застрахованных лиц.

4.4.2. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих экстренную первичную (доврачебную), консультативную, диагностическую и лечебно-профилактическую помощь, в соответствии с установленными государственными органами требованиями в рамках утвержденных стандартов оказания медицинской помощи (далее – **экстренная амбулаторная помощь**). Медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях в медицинской организации, на дому и по месту работы Застрахованных лиц.

4.4.3. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях: в терапевтическом, хирургическом и других специализированных отделениях медицинской организации с возможностью оказания Застрахованному лицу консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной и иной медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, проведения медицинской экспертизы в связи с болезнью, травмами, отравлениями и другими состояниями.

Медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в стационарных условиях (далее – **стационарная помощь**), может включать:

- экстренную медицинскую помощь в стационарных условиях;
- плановую медицинскую помощь в стационарных условиях;
- экстренную и плановую медицинскую помощь в стационарных условиях.

4.4.4. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих хирургическую и терапевтическую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях (далее – **стоматологическая помощь**).

4.4.5. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих экстренную хирургическую и экстренную терапевтическую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях (далее – **экстренная стоматологическая помощь**).

- 4.4.6. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь (далее – **скорая и неотложная медицинская помощь**);
- 4.4.7. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих педиатрическую медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, стоматологическую, скорую и неотложную педиатрическую медицинскую помощь (далее – **педиатрическая медицинская помощь**);
- 4.4.8. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в амбулаторных условиях (далее – **дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях**);
- 4.4.9. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, скорую и неотложную медицинскую помощь (далее – **комплексное дородовое наблюдение беременных женщин**);
- 4.4.10. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях (далее – **ведение родов и послеродового периода**);
- 4.4.11. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных организациях (далее – **восстановление и реабилитация**).

Условия гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных организациях включаются в договор страхования только в том случае, если в нем в качестве основного (базового) страхового покрытия предусмотрено одно или несколько из условий страхования, предусмотренных в пп. 4.4.1–4.4.10 настоящих Правил;

- 4.4.12. гарантированного предоставления и оплаты лекарственных препаратов для медицинского применения, предусмотренных программой страхования, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации, предусмотренной договором страхования и программой страхования, купленных в аптечных организациях, предусмотренных договором страхования.

Условия гарантированного предоставления и оплаты лекарственных препаратов для медицинского применения включаются в договор страхования только в том случае, если в нем в качестве основного (базового) страхового покрытия предусмотрено одно или несколько из условий страхования, предусмотренных в пп. 4.4.1–4.4.10 настоящих Правил;

- 4.4.13. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, связанных с медицинской транспортировкой и (или) репатриацией по медицинским показаниям.

- 4.5. По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения в договоре страхования может быть указан в любой комбинации и в любом объеме в пределах программы страхования или страхового продукта.

В зависимости от объема и комбинации медицинских и иных услуг, а также перечня медицинских организаций (аптечных организаций), предусмотренных договором страхования, Страховщик может присваивать медицинским и иным услугам в договорах страхования нумерацию/аббревиатуру/кодировку/категорию/серию исключительно для их внутреннего использования и учета Страховщиком.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемых на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

- 4.6. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и иные услуги (и (или) предоставить и оплатить лекарственные препараты для медицинского применения), предусмотренные договором страхования и программой страхования и оказанные Застрахованным лицам в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования, в пределах установленной в нем страховой суммы.

Страховщик гарантирует оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и программой страхования, являющейся неотъемлемой частью настоящих Правил, предоставляемых медицинскими организациями в Российской Федерации и за рубежом. При этом организация оказания медицинских и иных услуг в зарубежных медицинских организациях может осуществляться в том числе как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими организациями, так и через российские медицинские организации либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной (событие будет признаваться страховым случаем) только при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской организации, оказавшей медицинские и иные услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству местонахождения медицинской организации для осуществления ею деятельности и не противоречат действующему законодательству РФ с точки зрения признания ее медицинской организацией.

Страховщик и (или) медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, в случае отсутствия у медицинской организации по преискуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг либо в случае отсутствия мест в медицинской организации может организовать оказание таких медицинских и иных услуг в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской организацией.

- 4.7. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем и Страховщиком не возмещается стоимость лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при его

обращении за получением медицинской помощи и (или) лекарственных препаратов для медицинского применения:

- не предусмотренных договором страхования, в том числе в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования;
- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов и любых иных расстройств здоровья, полученных Застрахованным лицом в состоянии алкогольного (если иное не предусмотрено договором страхования), наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного лица;
- связанных с применением косметической или пластической хирургии;
- по поводу хирургической коррекции зрения;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- по поводу венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;
- по поводу особо опасных инфекций: натуральной оспы, чумы, холеры, сибирской язвы, сыпного тифа;
- по поводу психических болезней независимо от сроков выявления;
- по поводу повторного выполнения исследований для организации плановой медицинской помощи в стационарных условиях, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
- по окончании срока действия договора страхования, за исключением услуг, связанных с экстренной медицинской помощью в стационарных условиях Застрахованному, начавшейся в течение срока действия договора страхования, но не более чем за 15 (пятнадцать) календарных дней после окончания срока действия договора страхования.

4.8. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной или забастовками;
- г) стихийными бедствиями (если иное не предусмотрено договором страхования);
- д) террористическими актами (если иное не предусмотрено договором страхования).

5. О порядке определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа

5.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена договором страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страхового взноса) и максимальный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая в период страхования. Страховая сумма на всех и (или) на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон.

5.2. По соглашению сторон условия договора страхования о размере страховой суммы, а также иные условия договора страхования могут быть изменены. Все изменения условий договора страхования оформляются путем подписания Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к договору страхования.

5.3. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях. При этом денежное обязательство подлежит оплате в 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 (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом). В случае когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты по договору страхования в иностранной валюте, денежное обязательство может быть оплачено в иностранной валюте.

При этом с целью осуществления контроля над валютным риском (финансовым риском в размере разницы курса валют) Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в договоре страхования.

5.4. По соглашению со Страхователем Страховщик вправе устанавливать в договоре страхования лимиты ответственности Страховщика – по видам медицинских и иных услуг, группам Застрахованных, лекарственным препаратам для медицинского применения, медицинским, аптечным организациям, сервисным компаниям.

5.5. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная – в процентах от страховой суммы, лимита ответственности Страховщика, либо от суммы выплаты или в твердой сумме. При установлении условной франшизы страховое возмещение подлежит выплате, только если размер последнего превышает размер франшизы. При наличии безусловной франшизы любое подлежащее выплате страховое возмещение уменьшается на величину франшизы.

Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени, в течение которого оплата полученных медицинских и иных услуг осуществляется за счет Страхователя (Застрахованного лица).

5.6. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.7. 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 в соответствии с условиями страхования.

5.8. Для определения размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им и согласованные с государственным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим надзор за страховой деятельностью, тарифы. Страховые тарифы определяют величину страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы. При определении страхового тарифа, согласно расчету и экономическому обоснованию тарифной ставки по добровольному медицинскому страхованию учитываются следующие факторы и обстоятельства:

- результаты проведенного медицинского анкетирования;
- половозрастной состав застрахованных (коллектива);
- численность коллектива (застрахованных);
- состояние здоровья застрахованных (наличие у них хронических заболеваний, инвалидности);
- тарифы медицинских организаций и сервисных компаний, включенных в программу страхования;
- регионы пребывания застрахованных;
- зоны страхового покрытия;
- характер производственной деятельности;
- срок страхования;
- удаленность от медицинских организаций;
- наличие у Страховщика информации о медицинских затратах Застрахованных лиц;
- условия программы страхования.

При этом Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применять к базовому страховому тарифу поправочные (повышающие и (или) понижающие) коэффициенты.

5.9. Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.

5.10. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется договором страхования с учетом действующих ограничений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Если иное не предусмотрено договором страхования, датой оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по договору страхования признается:

- дата получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или уплаты денежных средств в кассу Страховщика – при уплате в наличной форме;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика – при безналичных расчетах.

5.11. Уплата страховой премии производится единовременно за весь период страхования или в рассрочку.

- 5.12. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (первый страховой взнос) в пятидневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования) с момента подписания договора страхования.
- 5.13. Если иное не предусмотрено договором, в случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении договора страхования почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или по электронной почте по адресу, указанному в договоре страхования.

6. Порядок заключения договора страхования

- 6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 6.2. Договор страхования заключается в письменной форме. Договор страхования может быть оформлен в виде электронного документа на основании заявления Страхователя, подписанного им простой электронной подписью, путем направления по электронному адресу Страхователя, указанному им в Заявлении, электронного страхового полиса, подписанного Страховщиком усиленной квалифицированной электронной подписью с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. №63-ФЗ «Об электронной подписи».

В соответствии с главой 28, статьями 940, 943 ГК РФ, вручение страхового полиса на основании письменного или устного заявления Страхователя может быть осуществлено путем направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи страхового полиса (в том числе в форме электронного документа), содержащего настоящие Правила. При этом в случае направления страховщиком страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года №63-ФЗ «Об электронной подписи», договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным страхователем на предложенных страховщиком условиях с момента уплаты страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре добровольного страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных страховщиком условиях.

- 6.3. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:
- 6.3.1. о Застрахованном лице (о численности Застрахованных лиц);
 - 6.3.2. о характере события, на случай наступления, которого осуществляется страхование (страхового случая);
 - 6.3.3. о сроке действия договора страхования;
 - 6.3.4. о размере страховой суммы;

6.3.5. о размере, сроках и порядке внесения страховой премии (страховых взносов);

6.3.6. о перечне медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, соответствующих программе страхования;

6.3.7. о правах, обязанностях и ответственности сторон и иных не противоречащих законодательству Российской Федерации условиях.

6.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести медицинское анкетирование и (или) назначить предварительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

Медицинское анкетирование и предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов медицинского анкетирования и (или) предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, Страховщик вправе использовать повышающие коэффициенты и (или) понижающие коэффициенты в соответствии с настоящими Правилами.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении договоров страхования на страхование принимается любое количество Застрахованных лиц.

6.5.2. Основанием для заключения договора страхования является письменное или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- наименование организации с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес;
- номера телефона, факса, других средств связи;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации – для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица;
- банковский идентификационный код – для кредитных организаций – резидентов;
- коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);

- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 6.7.1).

Если Страхователь – иностранная структура без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 6.7.1);
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт);
- программу страхования;
- период страхования / срок действия договора страхования.

Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами. Страховщик вручает Застрахованным лицам (либо передает Страхователю для последующего вручения Застрахованным лицам), а также направляет Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи страховые медицинские полисы (в том числе в форме электронного документа) (далее – страховые полисы) или пластиковые карты в течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В страховом полисе указывается в том числе:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;

- дата рождения Застрахованного лица;
- адрес Застрахованного лица;
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- перечень медицинских организаций, аптечных организаций, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением соответственно медицинских и иных услуг и (или) лекарственных препаратов для медицинского применения;
- срок действия договора страхования / период страхования.

6.5.3. Для заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:

- письменное заявление Страхователя на страхование;
- список Застрахованных лиц, принимаемых на страхование, с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и (или) фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), спеллинг, индивидуальный корпоративный почтовый адрес Застрахованного лица;
- копию паспорта Застрахованного/Застрахованных лиц;
- выписку из медицинской организации Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового договора между Застрахованным и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, не обладает полномочиями на подписание документов и договора страхования на основании Устава);
- копии учредительных документов Страхователя, заверенные надлежащим образом;
- выписку из единого государственного реестра юридических лиц, выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления ее Страховщику.

6.6. Заключение договора страхования с индивидуальными предпринимателями.

6.6.1. При заключении договоров страхования на страхование принимается любое количество Застрахованных лиц.

6.6.2. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- фамилию, имя и отчество Страхователя, дату и место его рождения, гражданство, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- ИНН (при наличии);
- информацию о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) – СНИЛС;

- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам;
- основной государственный регистрационный номер Страхователя;
- место государственной регистрации Страхователя;
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), спеллинг, индивидуальный корпоративный почтовый адрес Застрахованного лица;
- программу страхования;
- период страхования / срок действия договора страхования.

6.6.3. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами. Страховщик вручает Застрахованным лицам (либо передает Страхователю для последующего вручения Застрахованным лицам), а также направляет Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи страховые медицинские полисы (в том числе в форме электронного документа) (далее – страховые полисы) или пластиковые карты в течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В страховом полисе указывается в том числе:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- дата рождения Застрахованного лица;
- адрес Застрахованного лица;
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- перечень медицинских организаций, аптечных организаций, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением соответственно медицинских и иных услуг и (или) лекарственных препаратов для медицинского применения;
- срок действия договора страхования / период страхования.

6.6.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:

- письменное заявление на страхование;
- список Застрахованных лиц;

- копию паспорта Застрахованного/Застрахованных лиц;
- выписку из медицинской организации Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового договора между Застрахованным и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя);
- выписку из единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления ее Страховщику.

6.7. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.7.1. Основанием для заключения договора страхования с физическими лицами в их пользу или пользу третьих лиц является письменное или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- фамилию, имя и отчество Страхователя, дату и место его рождения, гражданство, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- ИНН (при наличии);
- информацию о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) – СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:

- данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):
 - номер карты;
 - дата начала срока пребывания в РФ;
 - дата окончания срока пребывания в РФ;

- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации)¹:
 - серия (если имеется) и номер документа;
 - дата начала срока действия права пребывания (проживания);
 - дата окончания срока действия права пребывания (проживания);
- фамилию, имя и отчество Застрахованного лица, дату его рождения, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), спеллинг, индивидуальный почтовый адрес Застрахованного лица;
- программу страхования;
- срок действия договора страхования / периода страхования;
- место рождения Страхователя и Застрахованного лица;
- идентификационный номер налогоплательщика Страхователя и Застрахованного лица (при наличии);
- гражданство Страхователя и Застрахованного лица;
- сведения о документе, удостоверяющем личность Страхователя и Застрахованного лица (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – виза и миграционная карта;
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание;
 - для постоянно проживающих – вид на жительство;
 - для беженцев – удостоверение беженца;
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца.

6.7.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 (пяти) дней со дня получения устного или письменного заявления от Страхователя.

6.7.3. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами с вручением Страхователям (Застрахованным лицам) либо направлением Страхователям (Застрахованным лицам) курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи страхового медицинского полиса (в том числе в форме электронного документа) (далее – страховой полис) или пластиковых карт в течение 10 (десяти)

¹ Документами, подтверждающими право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, являются:

- вид на жительство;
- разрешение на временное пребывание;
- виза;
- иной документ, подтверждающий в соответствии с законодательством РФ право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ.

рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В страховом полисе указывается в том числе:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- дата рождения Застрахованного лица;
- адрес Застрахованного лица;
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- перечень медицинских организаций, аптечных организаций, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением соответственно медицинских и иных услуг и (или) лекарственных препаратов для медицинского применения;
- срок действия договора страхования / период страхования.

6.7.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:

- заявление на страхование;
- копию паспорта Страхователя/Застрахованного лица;
- выписку из медицинской организации Страхователя/Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя);
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – визу и миграционную карту;
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ;
 - для постоянно проживающих – вид на жительство;
 - для беженцев – удостоверение беженца;
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца.

6.8. Документами, наличие которых является необходимым для получения медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, предусмотренных договором страхования, являются страховой полис, пластиковая карта (если она выдается в соответствии с условиями договора страхования), памятка (если она выдается в соответствии с условиями договора страхования), пропуск в медицинскую организацию (если он выдается в соответствии с условиями договора страхования). Пластиковая карта является именным документом и содержит справочную информацию.

6.9. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны

обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.

6.10. Договор страхования вступает в силу с даты уплаты страховой премии или первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное.

6.11. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и возмещения причиненных убытков, включая размер осуществленных страховых выплат по договору страхования и расходы на ведение дела.

6.12. При утрате Застрахованным страхового полиса, пластиковой карты или пропуска в медицинскую организацию он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг и (или) лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат страхового полиса, пластиковой карты и (или) пропуска в медицинскую организацию.

При каждой повторной утрате страхового полиса или пластиковой карты в течение срока действия договора страхования дубликат выдается при условии возмещения Страхователем расходов Страховщика в размере стоимости изготовления полиса и (или) пластиковой карты.

6.13. В случае увеличения количества Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные пп. 6.5, или 6.6, или 6.7 настоящих Правил (в зависимости от вида Страхователя), о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения их в список Застрахованных лиц (заключения в отношении этих лиц договора страхования) до окончания периода страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. Договор страхования считается заключенным в отношении принимаемых на страхование лиц с даты подписания Страхователем и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения, закрепляющего их состав в списке Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено договором страхования или вышеназванным дополнительным соглашением.

6.14. В случае исключения Застрахованных лиц из списка Застрахованных (расторжения в отношении этих лиц договора страхования) Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты, указанной в дополнительном соглашении, закрепляющем исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.15. В случае если договором страхования предусмотрен возврат части неиспользованной страховой премии при досрочном расторжении договора страхования, Страховщик осуществляет возврат части оплаченной Страхователем страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования, за исключением случаев, предусмотренных пп. 9.2.1, 9.2.2 настоящих Правил.

Если иное не предусмотрено договором страхования, расчет суммы страховой премии к возврату осуществляется по следующим формулам:

I. В случае возврата части страховой премии Страхователю расчет страховой премии, подлежащий возврату, производится по следующей формуле:

$$IPused = (IPact.rev - IPact.rev * F) - WP * (1 - F) * (Qused.days / Qinsur.days)$$

где:

WP – страховая премия, указанная в договоре страхования при его заключении (подписанная страховая премия);

IPused – страховая премия к возврату;

IPact.rev – страховая премия, фактически полученная;

F – 20% от IPact.rev;

Qinsur.days – срок действия договора;

Qused.days – количество истекших дней до даты расторжения договора.

II. В случае зачета Страхователем части страховой премии, подлежащей возврату при расторжении, в счет оплаты страховой премии (первого взноса страховой премии) по вновь заключаемому Страхователем договору страхования расчет части страховой премии производится по следующей формуле:

$$IPused = IPact.rev - WP * (Qused.days / Qinsur.days)$$

где:

WP – страховая премия, указанная в договоре страхования при его заключении (подписанная страховая премия);

IPused – страховая премия к возврату;

IPact.rev – страховая премия, фактически полученная;

Qinsur.days – срок действия договора;

Qused.days – количество истекших дней до даты расторжения договора.

Вновь заключаемым договором или новым договором в данном случае является договор страхования, заключаемый Страховщиком с иным Страхователем в отношении тех же Застрахованных лиц.

III. В случае подписания со Страхователем следующих условий досрочного расторжения договора: «В случае досрочного расторжения договора страхования по требованию Страхователя Страховщик возвращает часть страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от этой суммы страховой премии, а также за вычетом произведенных страховых выплат (сумм, уплаченных за оказанные медицинские услуги, лекарственные препараты для медицинского применения Застрахованным лицам в период

действия договора страхования) расчет суммы страховой премии к возврату осуществляется по следующей формуле:

$$IPused = (IPact.rev - IPact.rev * F) - WP * (1 - F) * (Qused.days / Qinsur.days) - Loss$$

Заработанная страховая премия не считается от оплаченной, она считается только от WP.

где:

WP – страховая премия, указанная в договоре страхования при его заключении (подписанная страховая премия);

IPused – страховая премия к возврату;

IPact.rev – страховая премия, фактически полученная;

F – 20% от IPact.rev;

Qinsur.days – срок действия договора;

Qused.days – количество истекших дней до даты расторжения договора;

Loss – суммы, уплаченные за оказанные медицинские услуги, лекарственные препараты для медицинского применения Застрахованным лицам в период страхования, а также стоимость лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицам, подтвержденных медицинской организацией путем направления Страховщику реестра медицинских услуг, но еще не оплаченная Страховщиком.

В случае если страховые выплаты превышают размер страховой премии, подлежащей к возврату, возврат страховой премии не производится.

6.16. Страховые полисы, пластиковые карты лиц, исключаемых из списка Застрахованных (страхование в отношении которых прекращено), возвращаются Страховщику Страхователем/Застрахованным лицом, если иное не предусмотрено договором страхования.

7. Порядок выполнения обязательств по договору страхования

7.1. Предоставление медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица соответственно в медицинские организации, аптечные организации, предусмотренные договором страхования.

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию, аптечную организацию предъявляется страховой полис, пластиковая карта и (или) пропуск, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

В случае необходимости Застрахованное лицо (Страхователь) обращается по круглосуточному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе или пластиковой карте.

Страховщик вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования и программой страхования. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

7.2. Предоставление медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, обусловленных договором страхования, осуществляется в пределах страховой суммы на основании и в соответствии с договорами об оказании медицинских услуг, заключенными Страховщиком с медицинскими организациями, в соответствии с лицензированными видами медицинской помощи и по ценам, согласованным Страховщиком.

При этом Страховщик предоставляет медицинской организации сведения о программе страхования, объеме услуг и сроке страхования в отношении каждого Застрахованного.

При рассмотрении обстоятельств страхового события Страховщик оценивает качество, сроки и объем оказанных услуг.

7.3. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

7.4. При наступлении страхового случая величина размера убытка определяется объемом и стоимостью оказанных в период страхования медицинской организацией услуг, определенных программой страхования и (или) согласованных Страховщиком.

7.5. Страховщик вправе произвести возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им при оплате лекарственных препаратов для медицинского применения и (или) медицинских и иных услуг, оказанных ему по согласованию со Страховщиком, если такая возможность предусмотрена договором страхования.

7.5.1. Сумма возмещения, если иное не установлено договором страхования, определяется из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных договором страхования, возмещаются полностью.

7.5.2. Для принятия решения о выплате страхового возмещения за оплаченные Застрахованным лекарственные препараты для медицинского применения и (или) медицинские и иные услуги и для оценки размера убытка Застрахованный обязан предоставить Страховщику следующие обязательные документы:

- оригинал заявления от имени Застрахованного лица по форме Страховщика;
- платежно-расчетные документы, подтверждающие факт оплаты оказанных медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, в том числе оригиналы кассового чека с копией приходного кассового ордера или квитанции, пронумерованной типографским способом, утвержденной МФ РФ как бланк строгой отчетности для расчетов с населением за медицинские и иные услуги без применения кассовых аппаратов;
- оригинал товарного чека (за медицинскую помощь в амбулаторных и (или) стационарных условиях из медицинской организации, за лекарственные препараты медицинского применения и медицинские изделия);
- счет из медицинской организации с указанием наименований, стоимости, дат оказания медицинских услуг, номера договора с медицинской организацией;
- оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты услуг, связанных с медико-транспортными услугами и услугами по репатриации, если эти услуги были включены в программу страхования;

- копию направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных и (или) стационарных условиях из медицинской организации, предусмотренной программой страхования, заверенная надлежащим образом; оригинал выписки из медицинской карты больного (эпикриз) с указанием даты, полного диагноза, периода лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, описание рентген-снимка или рентген-снимки;
- оригинал или копию страхового полиса, квитанция об оплате страховой премии (страхового взноса);
- документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица;
- копию паспорта законного представителя Застрахованного лица;
- доверенность представителя Застрахованного лица;
- копию свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
- оригинал рецепта из медицинской организации, предусмотренной программой страхования (при страховом возмещении лекарственного обеспечения и (или) медикаментозного лечения);
- копию лицензии (с приложением) медицинской организации, в которой Застрахованный проходил лечение, или разрешения на оказание платных медицинских услуг населению (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);
- документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного, для перечисления страхового возмещения. Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Застрахованный;
- копию паспорта Застрахованного лица (все заполненные страницы, в том числе страницы с Ф. И. О. и местом постоянной регистрации).

7.5.3. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнений.

7.5.4. Застрахованный (законный представитель Застрахованного) обязан сообщить о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления этого события.

7.5.5. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п. 7.5.2 настоящих Правил.

7.5.6. Страховщик производит выплату страхового возмещения на банковские реквизиты, предоставленные Застрахованным лицом или его представителем, либо направляет отказ в страховой выплате в течение 3 (трех) банковских дней с момента принятия соответствующего решения об осуществлении страховой выплаты либо отказе в страховой выплате.

8. Права и обязанности сторон

8.1. Застрахованное лицо имеет право:

- 8.1.1. на получение медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, соответственно в медицинских организациях, аптечных организациях, перечень которых определен в договоре страхования;
- 8.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;
- 8.1.3. на получение дубликата страхового полиса, пластиковой карты и пропуска в медицинскую организацию в случае их утраты.

8.2. Застрахованное лицо обязано:

- 8.2.1. соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка медицинской организации;
- 8.2.2. не передавать страховой полис, пластиковую карту другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения;
- 8.2.3. при получении страховой документации ознакомиться и удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;
- 8.2.4. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой оказанных медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, защитой прав Застрахованных;
- 8.2.5. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинскими организациями процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным и ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима.

8.3. Страхователь обязан:

- 8.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- 8.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в договоре страхования;
- 8.3.3. передать Застрахованному лицу его экземпляр страхового медицинского полиса, пластиковой карты в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента вступления договора страхования в силу, а также вернуть экземпляр Страховщику последнему в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента подписания его Застрахованным лицом и Страхователем;
- 8.3.4. брать у каждого Застрахованного по договору страхования лица согласие на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком, и передавать его Страховщику;

8.3.5. письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, предоставив заявление о прекращении действия договора страхования в отношении такого Застрахованного лица.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

8.4.2. по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, а также перечень медицинских и аптечных организаций, заключив дополнительное соглашение и уплатив дополнительную страховую премию;

8.4.3. досрочно расторгнуть договор страхования, в том числе в отношении части Застрахованных лиц (конкретного Застрахованного лица).

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. обеспечить своевременное вручение страховых полисов, пластиковых карт и пропусков в медицинские организации, аптечные организации Страхователю (Застрахованным лицам);

8.5.2. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, гарантированных условиями договора страхования;

8.5.3. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

8.6.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса) в оговоренные договором страхования сроки в порядке, предусмотренном п. 5.13 настоящих Правил, и потребовать возмещения причиненных убытков, в том числе в отношении части Застрахованных лиц;

8.6.3. проверять сообщенную Страхователем информацию;

8.6.4. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, защитой прав Застрахованных;

8.6.5. не признавать обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию страховым случаем и не производить выплату страхового возмещения до момента получения Страховщиком согласия, указанного в п. 8.3.4 настоящих Правил.

9. Прекращение действия договора страхования

9.1. Договор страхования прекращается в случае:

9.1.1. истечения срока его действия;

- 9.1.2. досрочного исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем/Застрахованным по договору страхования в полном объеме;
- 9.1.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- 9.1.4. смерти Застрахованного лица – в части страхования этого лица;
- 9.1.5. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.
- 9.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя с письменным уведомлением Страховщика средствами почтовой, электронной (с применением ЭП), факсимильной связи. При этом договор страхования считается прекращенным (расторгнутым) со дня получения Страховщиком от Страхователя заявления о расторжении, если иной срок не указан в заявлении о расторжении, но в любом случае не ранее даты получения Страховщиком заявления о расторжении.
- 9.2.1. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования до даты начала действия срока страхования, предусмотренного договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.
- 9.2.2. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента заключения договора страхования, но после даты начала срока страхования, предусмотренного договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.
- 9.3. Если иное не предусмотрено договором, в случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном в п. 5.13 настоящих Правил.
- 9.4. 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. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
- 9.5. Договор страхования может быть прекращен в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц.
- 9.6. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных Страховщик вправе прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Отзыв Застрахованным лицом согласия на обработку своих персональных данных является волеизъявлением о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия в отношении данного Застрахованного лица возврату не подлежит.

- 9.7. При досрочном расторжении договора страхования возврат части страховой премии производится в соответствии с действующим законодательством РФ, условиями настоящих Правил и договора страхования. При отказе от договора страхования в случаях, предусмотренных пп. 9.2.1, 9.2.2 настоящих Правил, денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от договора страхования.
- 9.8. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, пластиковые карты, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования).

10. Порядок разрешения споров

- 10.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.