УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «БСД»
_____ А.А. Моисеева

Приказ № 28-ОД от 01.02.2024 г.

Предыдущие редакции утверждены:
Приказ № 37-ОД от 21.06.2021 г.
Приказ № 47-ОД от 25.12.2017 г.
Приказ № 27-ОД от 27.05.2016 г.
Приказ № 12-ОД от 15.04.2013 г.
Приказ № 41-ОД от 26.12.2012 г.
Приказ № 20-ОД от 01.12.2009 г.
Приказ № 06-ОД от 26.08.2009 г.
Приказ № 01-ОД от 11.02.2008 г.
Приказ № 04-ОД от 05.05.2005 г.
27.01.2003 г.

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Основные термины и определения

2. Общие положения

3. Субъекты страхования

4. Объект страхования

5. Страховые риски, страховые случаи. Исключения из страхового покрытия

6. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования. Срок действия договора страхования

7. Порядок определения страховой суммы. Франшиза

8. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов)

9. Права и обязанности сторон

10. Порядок организации медицинской помощи. Порядок и условия осуществления страховых выплат

11. Ответственность сторон

12. Медицинская документация и информация

13. Исковая давность. Порядок разрешения споров

Дополнительные условия №1 добровольного лекарственного страхования

1. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. В целях настоящих Правил добровольного медицинского страхования (далее - Правила) используются следующие термины, понятия и определения:

Юридическое лицо – зарегистрированная в установленном законом порядке организация, которая имеет обособленное имущество и отвечает им по своим обязательствам, приобретает от своего имени и осуществляет гражданские права и несет гражданские обязанности, вправе быть истцом и ответчиком в суде (далее – юридическое лицо).

Иностранное юридическое лицо – юридическое лицо или организация в иной организационно-правовой форме, гражданская правоспособность которых определяется по праву иностранного государства, в котором оно учреждено.

Индивидуальный предприниматель – зарегистрированный в установленном законом порядке гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица.

Физическое лицо - гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин и лицо без гражданства.

Иностранное физическое лицо – физическое лицо, гражданская правоспособность и гражданская дееспособность которого определяется по праву иностранного государства, гражданином которого он является, и лицо без гражданства, гражданская дееспособность которого определяется по праву иностранного государства, в котором данное лицо имеет постоянное место жительства.

Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среда при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Медицинская организация (Медицинское учреждение) – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы или индивидуальные предприниматели, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинские услуги – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, мероприятий (действий), оказываемый медицинскими учреждениями и направленный на диагностику, профилактику, лечение заболевания, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их ранее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Диагностика – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которого является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности, качества жизни.

Услуги Страховщика – осуществление деятельности по страхованию (страховая деятельность) и/или оказание услуг Страхователю (Застрахованному лицу) по организации и сопровождению оказания Медицинским учреждением Страхователю (Застрахованному лицу) медицинской помощи и медицинских услуг.

Программа добровольного медицинского страхования – конкретный перечень видов медицинских услуг, по которым Страховщиком предоставляется страховое обеспечение и/или оказываются услуги по организации и сопровождению оказания Медицинским учреждением медицинской помощи и медицинских услуг (далее – Программа страхования).

Период страхования – период времени, указанный в договоре страхования, на страховые случаи, произошедшие в течение которого, распространяется обусловленное договором страхование.

Официальный сайт – сайт Страховщика Компании в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

Офис – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора/полиса страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений Страхователей (Застрахованных лиц) и других Клиентов и иных лиц, обращающихся к Страховщику в Компанию.

Обращение (жалоба) – направленная Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью Компании по оказанию страховых услуг.

1.2. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами, то термины и понятия применяются в том значении, в каком они используются в соответствующих областях права. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами и не может быть определено исходя из законодательных и нормативных правовых актов, то такое понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Настоящие Правила разработаны с учетом положений действующего законодательства Российской Федерации, в том числе Гражданского кодекса Российской Федерации, Закона Российской Федерации № 4015-1 от 27.11.1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, Базового стандарта совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке, нормативных актов Банка России, а также других нормативных правовых документов.

2.2. Настоящие Правила определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения договоров добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования).

2.3. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию или страховой взнос) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события организовать и произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу) в Медицинском учреждении, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь в пределах определенной договором страхования суммы.

2.3.1. В рамках настоящих Правил могут быть заключены договоры, которые отвечают определению договора страхования, однако их основная цель заключается в предоставлении услуг за фиксированное вознаграждение (страховой взнос). Страховщик по собственному усмотрению применяет к таким договорам, которые он выпускает, МСФО (IFRS) 15, а не МСФО (IFRS) 17 в том и только в том случае, если выполняются определенные условия. Страховщик принимает такое решение в отношении каждого договора в отдельности, однако решение, принятое по каждому договору, не может быть впоследствии пересмотрено. К указанным

условиям относятся следующие:

а) Страховщик не отражает оценку риска, связанного с отдельным клиентом (Страхователем/Застрахованным лицом), при определении цены договора с этим клиентом (Страхователем/Застрахованным лицом);

б) договор предусматривает компенсацию клиенту (Страхователю/Застрахованному лицу) в виде предоставления услуг, а не путем осуществления денежных выплат клиенту (Страхователю/Застрахованному лицу); и

в) страховой риск, передаваемый по договору, возникает главным образом в связи с использованием услуг клиентом (Страхователем/Застрахованным лицом), а не в связи с неопределенностью в отношении стоимости таких услуг.

Договоры страхования, соответствующие вышеуказанным условиям, классифицируются Страховщиком как прочие договоры (сервисные договоры) в связи с тем, что они не содержат значительного страхового и финансового риска.

2.3.2. В рамках настоящих Правил могут быть заключены комбинированные договоры, содержащие в себе две составляющие, которые в отдельности классифицируются как договор страхования и прочий договор (сервисный договор).

2.4. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

Настоящие Правила предоставляются Страхователю для ознакомления при заключении договора страхования (а также при обращении с намерением заключить договор страхования) в бумажной форме путем вручения настоящих Правил, а также в электронном виде путем их размещения на официальном сайте Страховщика.

Вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил и/или факт его ознакомления с Правилами, размещенными на официальном сайте Страховщика, должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

В соответствии с гражданским законодательством при заключении договора страхования или в период его действия Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил.

2.5. Страховщик не ставит заключение договора страхования на основании настоящих Правил в зависимость от наличия (заключения) договора по другому виду страхования, а также от наличия (заключения) договоров оказания иных видов финансовых услуг, за исключением договоров комбинированного страхования. Страховщик не дискриминирует Страхователя при заключении договора страхования. Не является дискриминацией определение условий конкретного договора страхования с учетом степени страхового риска в соответствии с Разделом 8 настоящих Правил.

2.6. Договор страхования составляется на русском языке в необходимом количестве экземпляров, по одному для каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу. В случае, если Договор страхования переводится на иностранный язык, то в случае буквального толкования договора страхования русский язык имеет преимущественное значение.

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховой дом «БСД» (ООО «БСД») – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке.

Информация о Страховщике размещена на официальном сайте. Функции Страховщика может выполнять его представитель – юридические и физические лица, действующие от имени и по поручению Страховщика в соответствии с законодательством Российской Федерации в рамках предоставленных Страховщиком полномочий

3.2. Страхователями признаются:

3.2.1. Юридические лица, в т.ч. иностранные юридические лица, индивидуальные предприниматели, заключившие договоры коллективного страхования своих работников или иных физических лиц (Застрахованных лиц).

3.2.2. Дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры о своем страховании или о

страховании иных физических лиц (Застрахованных лиц).

3.3. Застрахованными лицами могут быть любые физические лица любого возраста, если иное не предусмотрено договором страхования, в отношении которых заключается договор страхования.

В случае страхования лиц старше 60 лет Страховщик вправе применять повышающие коэффициенты к базовой тарифной ставке по результатам проведенного анкетирования.

3.4. **Если иное не оговорено договором страхования, Страховщик не заключает договор страхования в отношении физических лиц, которые на момент заключения договора страхованию попадают в одну из следующих категорий:**

а) лица, страдающие алкоголизмом и наркоманией, состоящие на учете в наркологическом диспансере;

б) лица, страдающие нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете в психоневрологическом диспансере;

в) лица, имеющие венерические заболевания, состоящие на учете в кожно-венерологическом диспансере;

г) лица, больные СПИДом, ВИЧ-инфицированные;

д) лица, больные туберкулезом, состоящие на учете в туберкулезном диспансере;

е) лица, имеющие злокачественные новообразования в терминальной стадии и системные заболевания крови;

ж) лица, больные хроническими заболеваниями и находящиеся в этот момент в стадии декомпенсации.

3.5. В случае заключения договора страхования в отношении граждан, указанных в п.3.4. настоящих Правил, а также в отношении граждан, являющихся инвалидами I, II, III группы, Страховщик вправе применить к страховому тарифу повышающие коэффициенты, которые зависят от состояния здоровья, группы инвалидности Застрахованного лица, степени (стадии) заболевания, по поводу которого Застрахованное лицо состоит на учете в соответствующем диспансере, других факторов, влияющих на степень страхового риска.

Договор страхования может быть заключен в случае полного предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) сведений, указанных в п.6.2. и п.6.3. настоящих Правил.

При принятии указанных лиц на страхование в любом случае не являются страховыми случаями и не возмещаются расходы, а также не производится организация медицинской помощи в случаях, которые относятся к общим исключениям Программы страхования, предусмотренной договором страхования.

4. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг) и/или 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.

4.2. Страхование имущественных интересов Страхователя (Застрахованного лица), связанных с оплатой организации и оказания лекарственной помощи осуществляется в соответствии с Дополнительными условиями № 1 добровольного лекарственного страхования (приложение к настоящим Правилам).

5. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

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

5.1.1. По договору страхования, указанному в п. 2.3.1. настоящих Правил, нет передачи страхового риска от Страхователя (Застрахованного лица) Страховщику, указанный договор не содержит страхового риска и финансового риска.

5.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу).

5.2.1. По договору страхования, указанному в п. 2.3.1. настоящих Правил, страховой случай не предусмотрен в связи с отсутствием страхового риска, а также у Страховщика не возникает обязанность произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу) в связи с тем, что такой договор предусматривает компенсацию Страхователю (Застрахованному лицу) в виде предоставления услуг, а не путем осуществления денежных выплат Страхователю (Застрахованному лицу).

5.3. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является:

- обращение Страхователя (Застрахованного лица) в течение срока действия договора страхования в Медицинское учреждение, определенное Программой страхования, за получением медицинской помощи и/или иных услуг при ухудшении состояния здоровья, в т.ч. при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и др., а также в целях профилактики профессиональных заболеваний в соответствии с порядком и условиями договора страхования и Программы страхования;
- обращение Страхователя (Застрахованного лица) в течение срока действия договора страхования за получением медицинской помощи и/или иных услуг в соответствии с порядком и условиями договора страхования и Программы страхования в иное Медицинское учреждение, не указанное в Программе страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

5.4. Объем, перечень и условия оказания медицинской помощи определяются выбранной Страхователем Программой страхования, которая прилагается к договору страхования.

5.5. Договор страхования может быть заключен на условиях следующих Программ страхования:

5.5.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Страхователю (Застрахованному лицу) оплату медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, и определенных договором страхования.

5.5.2. «Стоматологическая помощь»

В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Страхователю (Застрахованному лицу) оплату медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь, и определенных договором страхования.

5.5.3. «Стационарная помощь»

В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Страхователю (Застрахованному лицу) оплату медицинских услуг в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования, осуществляющих стационарные оздоровительные и лечебно-профилактические мероприятия по укреплению здоровья Страхователя (Застрахованного лица) как при плановом, так и при экстренном обращении за лечением.

5.5.4. «Скорая (неотложная) медицинская помощь»

В соответствие с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Страхователю (Застрахованному лицу) оплату услуг неотложной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) при возникновении угрожающих жизни состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства.

5.5.5. «Санаторно-курортное, восстановительное и реабилитационное лечение»

В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Страхователю (Застрахованному лицу) оплату услуг в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования, осуществляющих реабилитационно-восстановительное и/или санаторно-курортное лечение по направлению врача по медицинским показаниям после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем и проводимого на амбулаторно-поликлинической или стационарной базе.

5.6. Договор страхования может быть заключен на основании одной из выбранных Программ страхования либо на основании комбинации Программ страхования, указанных в п.5.5. настоящих Правил. По соглашению сторон договор страхования может быть заключен на других условиях, не указанных в п. 5.5. настоящих Правил. Перечень Программ страхования определяется на основании заявления на страхование и указывается в договоре страхования.

5.7. Исключения из состава событий, на случай наступления которых производится страхование:

5.7.1. В соответствии с настоящими Правилами не является страховым случаем и/или не входит в состав услуг, компенсируемых Страховщиком, обращение Страхователя (Застрахованного лица) в медицинское учреждение за получением медицинской и иной помощи, если ухудшение состояния его здоровья наступило в результате:

1) покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Страхователь (Застрахованное лицо) был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

2) умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), направленных на потерю здоровья, в том числе членовредительство;

3) нахождения Страхователя (Застрахованного лица) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или в результате совершения им преступных действий, находящихся в прямой связи со страховым случаем.

5.7.2. В соответствии с настоящими Правилами не являются страховым случаем и не оплачиваются (не подлежат компенсации Страховщиком) случаи обращения за получением медицинских и иных услуг, в результате следующих событий:

1) виды оказанных медицинских услуг не были предусмотрены в договоре страхования и/или Программе страхования;

2) медицинские и иные услуги оказаны Страхователю (Застрахованному лицу) в Медицинских учреждениях, не указанных в договоре страхования и/или Программе страхования, за исключением тех случаев, когда предоставление медицинской помощи в таких учреждениях было согласовано или организовано Страховщиком;

3) Страхователь (Застрахованное лицо) передал другому лицу свой страховой полис (иной документ, дающий право получения медицинских услуг по договору страхования) с целью обеспечения последнего медицинскими и иными услугами в Медицинском учреждении;

4) Страхователь (Застрахованное лицо) нарушил медицинские предписания и рекомендации лечащих врачей, а также не соблюдал правила внутреннего распорядка, установленные в Медицинском учреждении;

5) Страхователь (Застрахованное лицо) необоснованно вызвал на дом врача, скорую или неотложную медицинскую помощь, использовало санитарное транспортное средство не по медицинским показаниям.

5.7.3. При страховании в соответствии с настоящими Правилами не являются страховым случаем, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой страхования обращение Страхователя (Застрахованного лица) за получением медицинской помощи и не оплачиваются (не подлежат компенсации) Страховщиком следующие медицинские услуги:

1) произведенные без медицинских показаний по желанию Страхователя (Застрахованного лица);

2) связанные с занятием профессиональным спортом;

3) связанные с профессиональными заболеваниями;

4) любые повторные медицинские услуги аналогичные проведенным ранее в другом медицинском учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов и состояний, кроме случаев, согласованных Страховщиком;

5) операции по изменению пола;

6) связанные с лечением венерических заболеваний; заболеваний, передаваемых преимущественно половым путем (ЗППП), их осложнений и генерализованных форм; а также лечение уреаплазмоза, урогенитального микоплазмоза, гарднереллеза, папилломовирусной и цитамегаловирусной инфекции; SARS – пневмонии; болезней, вызванных ВИЧ и бессимптомной ВИЧ-инфекции;

7) лечение особо опасных инфекционных болезней: чумы, холеры, оспы; других высококонтагиозных заболеваний, в том числе желтой и других геморрагических лихорадок;

8) лечение профессиональных заболеваний, острой и хронической лучевой болезни;

9) лечение психических расстройств и расстройств поведения, алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, а также травм и/или соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы.

10) лечение онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения); всех опухолевых заболеваний нервной системы (невриномы, менингиомы и др.);

11) лечение туберкулеза, саркоидоза, муковисцедоза;

12) лечение врожденных и наследственных заболеваний крови и кроветворных органов, врожденных аномалий развития органов, хромосомных нарушений; косметических дефектов;

13) лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы; эпилепсии и эписиндромов;

14) лечение заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения хронического гемодиализа;

15) лечение острых и хронических гепатитов (B, C, D, E, F, G);

16) лечение системных заболеваний соединительной ткани, в т.ч., системной красной волчанки, ревматоидного артрита, всех недифференцированных коллагенозов;

17) лечение нейросенсорной потери слуха (кроме случаев осложнения инфекционных заболеваний);

18) лечение сахарного диабета I и II типа;

19) лечение хронических кожных заболеваний, включая нейродермит, экзему, псориаз, микозы;

20) нетрадиционная диагностика: акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая,

аурикулодиагностика, иридодиагностика; следующие методы традиционной терапии: фитотерапия и лечение другими средствами природного происхождения, гомеопатия, энергоинформатика, традиционные системы оздоровления, а также лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы лечения (в т.ч. ЛОК, УФОК, плазмоферез), нормо- и гипербарическая оксигенация, лечебные манипуляции с применением внутривенных лазерных установок;

21) лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия или импотенции;

22) диагностические исследования, медицинские манипуляции, консультации и тесты, связанные с беременностью; дородовое наблюдение; прерывание беременности без медицинских показаний; лечение в отделении патологии беременности; получение медицинских или иных услуг по планированию семьи;

23) медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;

24) диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, в том числе по поводу заболеваний кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы и т.д.), удаление липом, атером, фибром;

25) склеротерапия вен; плановое хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости; коррекция веса;

26) профилактические и косметические мероприятия в стоматологии, зубопротезирование и подготовка к зубопротезированию, ортодонтия, имплантация зубов, удаление дистопированных и ретинированных зубов, удаление «зубов мудрости»;

27) все виды хирургических операций (включая подготовку к ним), связанные с заболеваниями сердца и сосудов, кроме операций при заболеваниях вен нижних конечностей и операций, проводимых в экстренных случаях по жизненным показаниям;

28) ангиография, коронарография, сцинтиграфия;

29) операции по пересадке органов и тканей;

30) все виды протезирования и подготовка к нему;

31) любые профилактические и оздоровительные мероприятия: иммунопрофилактика (кроме столбнячного анатоксина при травмах), профилактический массаж, тренажеры, солярий, водные процедуры и т.п.;

32) пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода; реабилитация в условиях диспансеров, санаториев, профилакториев, восстановительных центров и других специализированных лечебных учреждений; услуги дневного стационара;

33) расходы на приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) лекарственных препаратов и перевязочных материалов; медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов ухода за больными, расходов на подгонку корригирующих медицинских устройств и приспособлений; услуг частных медсестер, дополнительных гонораров врачам и т.д.;

34) экстракорпоральные методы лечения: (в т.ч. ЛОК, УФОК, плазмоферез), нормо- и гипербарическая оксигенация, лечебные манипуляции с применением внутривенных лазерных установок;

35) радиоволновое лечение, хирургическое лечение с использованием лазера;

36) другие медицинские и иные услуги, не предусмотренные условиями Программы страхования в соответствии с договором страхования.

5.8. По соглашению сторон договора страхования в Программу страхования могут быть включены медицинские и иные услуги, указанные в п. 5.7.3 настоящих Правил. В этом случае Страховщик вправе применить к страховому тарифу поправочные коэффициенты или пересмотреть размер страховой премии (страхового взноса).

5.9. В договоре страхования по соглашению сторон могут быть предусмотрен иной перечень исключений из страхования в зависимости от степени страхового риска, оцениваемого Страховщиком при заключении договора страхования, а при отсутствии страхового риска в зависимости от условий договора страхования и Программы страхования.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя или его Представителя.

По просьбе Страхователя и с его слов Заявление на страхование может быть заполнено представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

В случае заполнения Заявления на страхование в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным Представителем. Заявление на страхование, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

По соглашению сторон договор страхования может быть заключен на основании устного заявления Страхователя.

6.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, а именно:

6.2.1. Сведения о Страхователе / Представителе Страхователя / Бенефициарном владельце:

6.2.1.1. Страхователь – физическое лицо, Представитель Страхователя, Бенефициарный владелец – физическое лицо:

1) фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);

2) дата и место рождения;

3) гражданство;

4) реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);

5) данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации);

6) данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством Российской Федерации);

7) адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;

8) идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);

9) номера телефонов и факсов (при наличии);

10) иная контактная информация (при наличии);

11) сведения о принадлежности к следующей категории лиц с указанием должности, наименования и адреса его работодателя: иностранное публичное должностное лицо (далее – ИПДЛ); должностное лицо публичных международных организаций; лицо, замещающее (занимающее) государственную должность Российской Федерации / Лицо, замещающее (занимающее) должность члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации/Лицо, замещающее (занимающее) должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации/Лицо, замещающее (занимающее) должность в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

12) сведения о принадлежности к следующей категории лиц: супруг(-га) /близкий родственник (родители, дети, бабушка, дедушка, внуки, полнородные и неполнородные (имеющие общих отца или мать) братья и сестры, усыновители и усыновленные) по отношению к лицу, указанному в пп.11) п.6.2.1.1. настоящих Дополнительных условий;

13) наименование и реквизиты документа, подтверждающего наличие у лица полномочий Представителя Страхователя: дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия Представителя Страхователя;

14) информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

6.2.1.2. Страхователь – юридическое лицо:

1) наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (полное и (или) сокращенное) (при наличии);

2) организационно-правовая форма;

3) идентификационный номер налогоплательщика - для резидента, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, присвоенный до 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, либо идентификационный номер налогоплательщика, присвоенный после 24 декабря

2010 года при постановке на учет в налоговом органе, - для нерезидента; код (коды) (при наличии) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или его (их) аналоги);

4) сведения о государственной регистрации:

- основной государственный регистрационный номер – для резидента;

- 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;

- место государственной регистрации (местонахождение);

- регистрационный номер (номера) (при наличии), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации), – для иностранной структуры без образования юридического лица;

5) адрес юридического лица.

6) место ведения основной деятельности для иностранной структуры без образования юридического лица.

7) состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя, отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – в отношении трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией.

Дополнительные сведения (документы), получаемые в целях идентификации Страхователя/Застрахованного лица - юридического лица:

8) 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 пятью процентами акций (долей) юридического лица), структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);

9) номера телефонов и факсов (при наличии);

10) иная контактная информация (при наличии);

11) сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений со Страховщиком, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);

12) сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и (или) копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству Российской Федерации; и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и (или) сведения об отсутствии в отношении юридического лица производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и (или) сведения об отсутствии фактов неисполнения юридическим лицом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и (или) данные о рейтинге юридического лица, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и российских кредитных рейтинговых агентств);

13) сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о юридическом лице других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых юридическое лицо находится (находилось) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного юридического лица).

14) Сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;

15) код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии);

16) Сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах) (сведения, которые указаны в п.6.2.1.1. настоящих Правил).

17) сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;

18) банковский идентификационный код – для кредитных организаций – резидентов.

19) код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии).

6.2.1.3. Страхователь - индивидуальный предприниматель:

1) фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);

2) дата и место рождения;

3) гражданство;

4) реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);

5) данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации);

6) данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством Российской Федерации);

7) адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;

8) идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);

9) информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Страхователя/Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

10) номера телефонов и факсов (при наличии);

11) иная контактная информация (при наличии);

12) сведения о принадлежности к следующей категории лиц с указанием должности, наименования и адреса его работодателя: иностранное публичное должностное лицо (далее – ИПДЛ); должностное лицо публичных международных организаций; лицо, замещающее (занимающее) государственную должность Российской Федерации / Лицо, замещающее (занимающее) должность члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации/Лицо, замещающее (занимающее) должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации/Лицо, замещающее (занимающее) должность в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

13) сведения о принадлежности к следующей категории лиц: супруг(-га) /близкий родственник (родители, дети, бабушка, дедушка, внуки, полнородные и неполнородные (имеющие общих отца или мать) братья и сестры, усыновители и усыновленные) по отношению к лицу, указанному в пп.12) п.6.2.1.3 настоящих Правил;

14) сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя: основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года), место регистрации;

15) сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений со Страховщиком, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);

16) сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и (или) копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству Российской Федерации; и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и (или) сведения об отсутствии в отношении юридического лица производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и (или) сведения об отсутствии фактов неисполнения юридическим лицом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и (или) данные о рейтинге юридического лица, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и российских кредитных рейтинговых агентств);

17) сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их

получения) об индивидуальном предпринимателе других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых индивидуальный предприниматель находится (находилось) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного индивидуального предпринимателя).

18) Сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;19) Сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах) (сведения, которые указаны в п.6.2.1.1. настоящих Правил).

20) Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности.

6.2.2. Сведения о Застрахованном лице:

- при индивидуальном страховании: сведения, указанные в п.6.2.1.1. настоящих Правил.

- при коллективном страховании: список лиц, принимаемых на страхование (Застрахованных лиц) с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, полного адреса фактического места жительства, номера телефона и других средств связи).

6.2.3. При индивидуальном страховании дополнительно к сведениям, указанным в п.6.2.2. настоящих Правил, предоставляются следующие данные:

- для Застрахованного лица старше 18 лет: рост, вес, семейное положение, наличие детей, артериальное давление, данные о состоянии здоровья (диагнозы, заболевания, перенесенные в прошлом и/или имеющиеся в настоящем); работа Застрахованного лица на вредном производстве, уровень и особенности рабочей нагрузки, место проживания, занятие опасными видами спорта, наличие вредных привычек и др.

- для Застрахованного лица от 0 до 18 лет: рост, вес, наличие прививок, данные о состоянии здоровья (диагнозы, заболевания, травмы, перенесенные в прошлом и/или имеющиеся в настоящем), занятие опасными видами спорта и др.

6.2.4. При коллективном страховании дополнительно к сведениям, указанным в п.6.2.2. настоящих Правил, предоставляются следующие сведения: общее количество Застрахованных лиц, половозрастной состав Застрахованных лиц, данные о занимаемых должностях (указывается в отношении каждого Застрахованного лица или в процентом отношении к общему числу Застрахованных лиц).

Сведения, сообщенные Страховщику при заключении договора страхования и/или указанные в Заявлении на страхование и/или договоре страхования, признаются обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая.

Страхователь подтверждает правильность и достоверность сведений, указанных в Заявлении на страхование и договоре страхования, своей подписью или подписью надлежаще уполномоченного Представителя.

Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту данных, представляемых им Страховщику при заключении договора страхования.

6.3. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести обследование Страхователя (Застрахованного лица) для оценки фактического состояния его здоровья, а также потребовать предоставления документов, необходимых ему для оценки степени страхового риска.

При заключении договора страхования с предварительным медицинским освидетельствованием Страхователя (Застрахованных лиц) по требованию Страховщика оно проводится за счет Страхователя, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.4. Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа (договора страхования), подписанного сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. К договору страхования /страховому полису прилагаются полный текст Программы страхования и перечень Медицинских учреждений, обеспечивающих обслуживание Страхователя (Застрахованных лиц), а также настоящие Правила, если договором страхования/страховым полисом не предусмотрено согласие Страхователя получить Правила путем самостоятельного распечатывания Правил, размещенных на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

В случае утраты экземпляра договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат.

В соответствии с настоящими Правилами использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати ООО «БСД» с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати признается как оригинальная подпись уполномоченного Страховщиком лица, скрепленная печатью ООО «БСД».

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора страхования предоставляется Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

6.5. Договор страхования может быть заключен в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика с соблюдением требований Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», Федерального закона от 7 августа 2001 года N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

В электронной форме с соблюдением указанных выше законодательных актов также возможно создание и отправка через официальный сайт Страховщика Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику заявления о заключении, изменении, досрочном прекращении договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и иных документов, необходимых для заключения, изменения, досрочного прекращения договора страхования, для получения страховой выплаты в случаях и в порядке, которые предусмотрены настоящими Правилами.

6.6. По согласованию сторон в порядке, предусмотренном условиями договора страхования, Страховщик выдает Страхователю (Застрахованным лицам) страховые полисы (именные регистрационные карточки или иные носители информации, определяющие права Страхователя (Застрахованных лиц) на получение медицинской помощи в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования и Программой страхования).

При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса он должен незамедлительно известить об этом Страховщика, который принимает решение о выдаче дубликатов утерянных документов.

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

6.7.1. О Застрахованном лице.

6.7.2. О характере события, на случай наступления которого в жизни Страхователя (Застрахованного лица) осуществляется страхование (страхового случая).

6.7.3. О размере страховой суммы;

6.7.4. О сроке действия договора страхования.

Условия, указанные в п.6.7.2. и 6.7.3. настоящих Правил, не являются существенными условиями договора страхования, указанного в п.2.3.1. настоящих Правил, в связи с тем, что данный договор страхования не содержит страхового риска и может быть заключен без ограничения страховой суммы в денежном выражении.

6.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и/или определения условий договора страхования Страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным и применения последствий недействительности сделки в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. В Договоре страхования устанавливается срок действия договора страхования и срок действия страховой защиты (период несения ответственности Страховщика).

Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

Дата начала срока действия страховой защиты (периода несения ответственности Страховщика) может не совпадать с датой начала срока действия договора страхования.

Дата окончания срока действия страховой защиты (периода несения ответственности Страховщика) и срока действия Договора страхования всегда совпадают.

6.10. Срок действия договора страхования начинается с 00.00 часов дня, указанного в договоре страхования как дата начала срока действия договора страхования и заканчивается в 24.00 часа дня, указанного в договоре страхования, как дата окончания срока действия договора страхования.

6.11. Датой заключения договора страхования является дата его подписания сторонами.

Дата заключения договора страхования может не совпадать с датой начала срока действия договора страхования и/или с датой начала действия срока действия страховой защиты (периода несения ответственности Страховщика) страхования по договору страхования.

6.12. В случае оплаты страховой премии (страхового взноса) или первого платежа страховой премии (страхового взноса), если договором страхования предусмотрена уплата в рассрочку, до даты (включая дату) начала срока действия договора страхования, датой начала срока действия страховой защиты (периода несения ответственности Страховщика) является дата начала срока действия договора страхования (т.е. даты совпадают).

В случае оплаты страховой премии (страхового взноса) или первого платежа страховой премии (страхового взноса), если договором страхования предусмотрена уплата в рассрочку, после даты начала срока действия договора страхования, срок действия страховой защиты (период несения ответственности Страховщика) наступает с 00:00 часов дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса), если договором страхования не предусмотрено иное.

6.13. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается день поступления денежных средств на расчетный счет/в кассу Страховщика. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) договор страхования считается не вступившим в силу и никакие выплаты по нему не производятся и/или никакие услуги не подлежат компенсации. В случае уплаты страховой премии (страхового взноса) в сумме меньшей, чем предусмотрено договором страхования, страховая премия (страховой взнос) считается не уплаченной.

6.14. Страховая премия (страховой взнос) уплачивается единовременно или в рассрочку в порядке, предусмотренном договором страхования. Если договором страхования предусмотрена уплата страховой премии (страхового взноса) в рассрочку, то в договоре страхования указывается график уплаты страховой премии (страховых взносов), в котором определяются размеры и сроки уплаты страховой премии (страхового взноса). Последствия неуплаты в установленные сроки очередных платежей страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме определены п.6.15. настоящих Правил.

6.15. Последствия неуплаты очередного платежа страховой премии (страхового взноса) в срок, установленный договором страхования, или уплаты платежа страховой премии (страхового взноса) в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования, определяются Страховщиком, который вправе: в одностороннем внесудебном порядке досрочно расторгнуть договор страхования (отказаться от исполнения договора страхования в одностороннем порядке согласно ст. 450.1 ГК РФ).

Расторжение договора страхования осуществляется в следующем порядке:

6.15.1. При расторжении договора страхования со Страхователем – физическим лицом Страховщик обязан направить ему уведомление о факте просрочки очередного платежа страховой премии (страхового взноса) или факте уплаты его не в полном объеме, и досрочном расторжении договора страхования (далее – Уведомление о расторжении договора страхования). Договор страхования считается расторгутым с 00:00 часов дня, следующего за днем получения Страхователем уведомления о расторжении договора страхования.

6.15.2. При расторжении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом договор страхования считается расторгнутым с 00.00 часов дня, следующего за днем, когда очередной платеж страховой премии (страхового взноса) должен быть оплачен. О расторжении договора страхования из-за неуплаты или уплаты не в полном объеме очередного платежа страховой премии (страхового взноса) Страховщик уведомляет Страхователя.

При досрочном расторжении договора страхования по основаниям, указанным в настоящем пункте Правил, ранее уплаченная Страховщику страховая премия (страховой взнос) не подлежит возврату.Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты Страхователем платежей страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме.

6.16. Договор страхования прекращается по истечении срока его действия, а также в случае досрочного прекращения.

6.17. Договор страхования досрочно прекращается в случаях:

а) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме;

б) ликвидации Страховщика или отзыва лицензии Страховщика за исключением случаев передачи Страховщиком обязательств, принятых по договорам страхования (страховой портфель) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

в) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;

г) смерти Страхователя, являющегося индивидуальным предпринимателем (физическим лицом);

д) смерти Застрахованного лица, при отсутствии иных Застрахованных лиц (при индивидуальном страховании);

е) при отказе Страхователя от договора страхования;

ж) по соглашению Сторон;

з) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и/или Договором страхования.

6.18. 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 досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, с учетом расходов, понесенных Страховщиком, включая расходы на ведение дела, и произведенных затрат по урегулированию убытков и (или) затрат по заявленным, но еще не урегулированным убыткам.

Положения настоящего пункта Правил не распространяются на договоры страхования, указанные в п.2.3.1. настоящих Правил, в связи с отсутствием в них существенного страхового и финансового риска. При досрочном прекращении указанного договора страхования уплаченный страховой взнос возврату не подлежит.

6.19. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Указанный отказ должен быть оформлен Страхователем в письменной форме. При досрочном расторжении договора страхования по инициативе Страхователя (отказе Страхователя от договора страхования) ответственность Страховщика по договору страхования прекращается в 00:00 часов дня, указанного в заявлении Страхователя о расторжении договора страхования, как дата расторжения договора страхования, но не ранее даты получения указанного Заявления Страховщиком. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования по инициативе Страхователя, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

Если договором страхования предусмотрен возврат страховой премии при отказе Страхователя от договора страхования, то расчет возврата части страховой премии осуществляется пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, с учетом расходов, понесенных Страховщиком, включая расходы на ведение дела, и произведенных затрат по урегулированию убытков и (или) затрат по заявленным, но еще не урегулированным убыткам.

В случае, если расчетное значение возвращаемой страховой премии имеет отрицательное значение, то возврат премии и доплата страховой премии Страхователем не осуществляется.

Положения настоящего пункта Правил не распространяются на договоры страхования, указанные в п.2.3.1. настоящих Правил. При отказе Страхователя от указанного договора страхования уплаченный страховой взнос возврату не подлежит.

6.20. В отношении обязательств Сторон, возникших до момента прекращения действия договора страхования (в т.ч. и обязательств, вытекающих из страхового случая, наступившего до момента прекращения договора страхования), условия договора страхования продолжают действовать до полного исполнения таких обязательств.

6.21. Выплата подлежащей возврату неиспользованной части страховой премии производится в течение 90 (Девяносто) дней со дня расторжения договора страхования.

6.22. Дополнительно к праву на отказ от договора страхования, предусмотренному п.6.19. настоящих Правил, для Страхователей – физических лиц действует условие «о периоде охлаждения», т.е. право досрочно отказаться от договора страхования в течение 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (страхового взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая и/или услуг, подлежащих компенсации Страховщиком.

При досрочном расторжении договора страхования по инициативе Страхователя в течение 14 (Четырнадцать) календртных дней договор страхования считается прекратившим свое действия с 00:00 часов даты получения Страховщиком письменного заявления от Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, указанной в заявлении и не превышающей указанного срока.

При досрочном расторжении договора страхования по инициативе Страхователя в срок, не превышающий 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, и до даты начала действия страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), уплаченная страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

При досрочном расторжении договора страхования по инициативе Страхователя в срок, не превышающий 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования) Страховщик вправе удержать часть страховой премии (страхового взноса) пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования по договору страхования до даты прекращения действия договора страхования.

Страховщик осуществляет возврат Страхователю уплаченной страховой премии/страхового взноса (части страховой премии/страхового взноса) при расторжении договора страхования (отказе от договора страхования) путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет Страхователя или наличными денежными средствами в офисе, в котором был заключен расторгаемый договор страхования и уплачена страховая

премия/страховой взнос (часть страховой премии/страхового взноса), при наличии кассы в соответствующем офисе на момент расторжения договора страхования или в ином офисе Страховщика в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней со дня получения письменного Заявления Страхователя о расторжении (отказе от договора страхования) и возврате уплаченной страховой премии/страхового взноса (части страховой премии/страхового взноса).

6.23. Страховщик принимает Заявление Страхователя о расторжении (отказе от договора страхования) и возврате уплаченной страховой премии/страхового взноса (части страховой премии/страхового взноса) в офисе, в котором был заключен договор страхования (Головной офис или офисы филиалов Страховщика), посредством почтовой связи или по электронной почте по адресам и реквизитам, указанным на официальном сайте Страховщика.

6.24. По запросу Страхователя Страховщик бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии/страхового взноса (части страховой премии/страхового взноса), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил.

6.25. Расчет налога при страховой выплате и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования производится в соответствии со ст.213, ст.250 НК РФ.

6.26. При реорганизации Страхователя (юридического лица), его права и обязанности по договору переходят, с согласия Страховщика, к правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

6.27. Изменение (дополнение) договора страхования возможно по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации или договором страхования, а также при существенном изменении обстоятельств, из которых Стороны исходили при заключении договора страхования. Соглашение об изменении (дополнении) договора страхования совершается в той же форме, что и договор страхования.

При изменении (дополнении) договора страхования обязательства Сторон сохраняются в измененном виде и считаются измененными с момента заключения соглашения Сторон об изменении (дополнении) договора страхования, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора страхования.

6.28. Порядок изменения и расторжения договора коллективного страхования:

6.28.1. Страхователь вправе в любое время в течение срока действия договора коллективного страхования изменить страховую сумму, список Застрахованных лиц, Программу страхования, заключив дополнительное соглашение к нему. Дополнительное соглашение оформляется в той же форме и порядке, что и договор коллективного страхования с указанием внесенных изменений.

6.28.1.1. Изменение размера страховой суммы влечет за собой изменение размера страховой премии.

6.28.1.2. В случае расширения перечня услуг, предусмотренных Программой страхования, изменения и/или расширения перечня Медицинских учреждений, предоставляемых Застрахованным лицам по договору коллективного страхования, а также в случае увеличения степени страхового риска, Страховщик вправе увеличить размер страховой премии.

6.28.1.3. Изменение численности Застрахованных лиц:

В случае увеличения в течение срока действия договора коллективного страхования количества Застрахованных лиц, Страхователь обязан предоставить Страховщику сведения, предусмотренные п.6.2.2. настоящих Правил, и уплатить Страховщику дополнительную страховую премию за период со дня включения новых лиц в Список Застрахованных лиц до даты окончания действия договора коллективного страхования (дополнительная страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия договора страхования с учетом Программы страхования, если договором коллективного страхования не предусмотрено иное).

Страхователь, заключивший договор коллективного страхования своих работников или иных физических лиц (Застрахованных лиц), вправе заменить их в договоре страхования с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. При этом в случае изменения степени страхового риска в связи с возрастом, профессиональной деятельностью или иными факторами, оказывающими влияние на степень страхового риска, Страхователь обязан по требованию Страховщика уплатить дополнительную страховую премию.

Ответственность Страховщика в отношении включаемых в договор коллективного страхования Застрахованных лиц наступает в 00:00 часов дня, следующего за днем уплаты Страхователем дополнительной страховой премии, если договором страхования не предусмотрено иное.

В период действия договора коллективного страхования Страхователь имеет право в рамках одной и той же

Программы страхования, определенной договором страхования, одновременно произвести замену Застрахованных лиц, но не более определенного договором страхования процента от общего числа Застрахованных лиц по договору коллективного страхования. При этом взаиморасчеты сторон не производятся. Страхователь обязан предоставить Страховщику сведения о включаемых в договор коллективного страхования Застрахованных лицах, предусмотренные п.6.2.2. настоящих Правил.

Ответственность Страховщика в отношении исключаемых из договора коллективного страхования Застрахованных лиц прекращается с даты, указанной в Дополнительном соглашении к договору коллективного страхования.

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц в течение срока действия договора коллективного страхования перерасчет страховой премии не производится и не возвращается Страхователю, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.28.2. Договор коллективного страхования прекращается по основаниям, предусмотренным п.6.17 настоящих Правил и действующим законодательством Российской Федерации. При расторжении коллективного договора страхования страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования. В отношении Застрахованного лица страхование, обусловленное договором коллективного страхования, прекращается в случаях:

1) смерти Застрахованного лица;

2) расторжения трудового договора, заключенного между Страхователем – юридическим лицом и Застрахованным лицом (в случае, когда Страхователем по договору выступает работодатель Застрахованного лица, с согласия Застрахованного лица);

3) исполнения Страховщиком обязательств перед Застрахованным лицом по договору страхования в полном объеме.

6.28.3. Порядок изменения численности Застрахованных лиц, а также порядок взаиморасчетов Сторон при изменении численности Застрахованных лиц в договоре страхования, указанном в п.2.3.1. настоящих Правил, определяется соглашением Сторон и указывается в договоре страхования.

6.29. Подписанием договора страхования на основании настоящих Правил Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком сообщенных Страхователем персональных данных Страхователя (Застрахованного лица), в том числе и сведений составляющих врачебную тайну: сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении: Страховщик (в соответствии с законодательством о персональных данных и с соблюдением тайны страхования) имеет право на автоматизированную и неавтоматизированную обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, удаление, использование, распространение, передачу) персональных данных, сообщенных Страхователем при заключении и исполнении договора страхования, в целях осуществления страховой деятельности, предоставления информации о страховых продуктах, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, в иных случаях, незапрещенных законодательством.

7. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

7.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении и, исходя, из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

7.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем исходя из перечня медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Программой страхования.

Если договором страхования предусмотрено страхование по нескольким Программам страхования, указанным в п.5.5. настоящих Правил, страховая сумма может быть установлена по каждой из них.

При коллективном страховании могут быть установлены индивидуальные страховые суммы в отношении каждого Застрахованного лица. В этом случае общая страховая сумма по договору страхования определяется путем суммирования индивидуальных страховых сумм по каждому Застрахованному лицу.

7.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, в соответствии с настоящими Правилами страховая сумма является совокупным предельным размером страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим за период действия договора страхования (агрегатная страховая сумма).

После страховой выплаты договор страхования (если срок его действия не истек) действует в размере разницы между страховой суммой и суммой произведенной страховой выплаты. Страховая сумма считается уменьшенной с даты наступления страхового случая (даты оплаты медицинских или иных услуг, признанных страховым случаем). Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком восстановить первоначальный размер страховой суммы. Страховая сумма может быть восстановлена путем заключения дополнительного

соглашения на оставшийся срок страхования с уплатой соответствующей страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется в той же форме и том же порядке, что и договор страхования, с указанием восстановленной страховой суммы и дополнительной страховой премии, подлежащей оплате. Страховая сумма считается восстановленной с даты уплаты дополнительной страховой премии, если договором страхования не предусмотрено иное.

По договорам страхования, указанным в п.2.3.1 настоящих Правил, страховая сумма в пределах Программы страхования, являющейся его неотъемлемой частью, в денежном выражении может быть не ограничена. Таким договором страхования может быть предусмотрено, что услуги оказываются в объеме, не превышающем размер страхового взноса.

7.4. Страховая сумма устанавливается в рублях, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.5. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика ограничивающие размер выплат в отношении отдельных Программ страхования, указанных в п.5.5. настоящих Правил, на один страховой случай, в отношении определенных состояний или заболеваний, существующих у Застрахованного лица на момент заключения договора страхования или возникших (обострившихся, осложнившихся) в период действия договора страхования, определенных видов медицинских исследований и манипуляций и т.д.

При коллективном страховании в договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности в отношении каждого Застрахованного лица или в отношении Застрахованных лиц, входящих в определенную группу (по роду деятельности, занимаемой должности и т.д.).

7.6. Договором страхования по соглашению сторон может быть предусмотрена франшиза.

Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу), и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

7.7. В соответствии с условиями договора страхования франшиза может быть условная и безусловная. При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

7.8. Договором страхования также может быть установлена временная франшиза.

7.9. Франшиза может быть установлена:

- по всем Застрахованным лицам;
- по каждому Застрахованному лицу;
- по отдельным Программам страхования, указанным в п. 5.5. настоящих Правил, либо по их комбинациям;
- по каждому страховому случаю. При этом если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

7.10. Если договором страхования установлена франшиза, но ее вид в договоре страхования не указан, то франшиза считается безусловной.

8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

8.1. Под страховой премией (страховым взносом) понимается плата за страхование и/или услуги Страховщика, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

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

Страховые тарифы (базовые тарифные ставки и коэффициенты к ним или предельные значения указанных коэффициентов) рассчитываются Страховщиком на основании статистических данных, содержащих сведения о страховых случаях, страховых выплатах, об уровне убыточности страховых операций.

8.3. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон исходя из размера базовой тарифной ставки с применением или без применения поправочных коэффициентов в зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска (состояния здоровья, возраста Страхователя (Застрахованного лица) и т.д.) и условий страхования, предусмотренных договором страхования и Программой страхования (перечня медицинских и иных услуг, ценовой категории медицинского учреждения, наличия/отсутствия франшизы, порядка уплаты страховой премии (страховых взносов), перечня исключений, размера страховой суммы, лимитов ответственности, срока страхования, количества Застрахованных лиц и иных факторов и условий, в том числе убыточности по предыдущему договору страхования при его перезаключении на новый срок).

При заключении договора страхования, указанного в п.2.3.1. настоящих Правил, Страховщик не отражает оценку риска, связанного с отдельным Страхователем (Застрахованным лицом), при определении цены договора страхования (страхового взноса) с этим Страхователем (Застрахованным лицом), в связи с тем, что по такому договору страхования нет передачи страхового риска от Страхователя Страховщику, договор не содержит страхового риска и финансового риска.

8.4. Порядок определения страховой премии осуществляется посредством произведения размера страховой суммы на соответствующий показатель страхового тарифа.

Размер страхового взноса по договору страхования, указанному в п. 2.3.1. настоящих Правил, определяется по соглашению Сторон в зависимости от условий договора страхования и Программы страхования.

8.5. При заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия (страховой взнос) уплачивается в следующем проценте от размера годовой страховой премии (если иное не предусмотрено договором страхования):

Срок договора страхования (мес.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страховой премии (% от годовой страховой премии)	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

8.6. При заключении договора страхования на срок более года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия (страховой взнос) по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий (страховых взносов) за каждый год;
- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев, страховая премия (страховой взнос) за указанный срок определяется как сумма страховых премий (страховых взносов) за год (за каждый год) и страховых премий (страховых взносов) за указанное количество месяцев.

Во всех случаях неполный месяц принимается за полный.

8.7. Договоры страхования могут осуществляться на условия оплаты страховой премии (страхового взноса):

- Страхователем в пользу группы третьих лиц (Застрахованных лиц) (коллективные договоры);
- Страхователем в свою пользу или в пользу иного третьего лица (Застрахованного лица) (индивидуальные договоры);
- Страхователем в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц) с участием этих лиц в уплате страховой премии (страхового взноса) (на основе договора присоединения согласно ст.428 ГК РФ).

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. Ознакомить Страхователя с содержанием настоящих Правил и разъяснить их.

9.1.2. При заключении договора страхования по запросу Страхователя предоставить сведения о Страховщике.

9.1.3. Учитывать индивидуальные особенности Страхователя (его представителя), в том числе наличие нарушения зрения, слуха и (или) речи, если Страховщик был уведомлен о таких особенностях.

9.1.4. При заключении договора страхования предоставить Страхователю Правила, Программы страхования, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

9.1.5. По запросу Страхователя бесплатно предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии/страхового взноса (части страховой премии/страхового взноса), подлежащей возврату в связи с расторжением договора страхования (если условиями договора страхования такой возврат предусмотрен). К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и (или) настоящих Правил, на основании которых

произведен расчет.

9.1.6. При заключении договора страхования проинформировать Страхователя об адресах места приема документов при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а также своевременно информировать Страхователя об изменениях таких адресов на официальном сайте Страховщика, а также непосредственно Страхователя (Застрахованного лица) при его обращении.

9.1.7. Совершать иные действия, предусмотренные законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами, договором страхования.

9.1.8. Не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.1.9. После вступления договора страхования в силу и предоставления Страхователем списков Застрахованных лиц, передать Страхователю (Застрахованному лицу) страховые полисы (иные документы, определенные договором страхования) в порядке, предусмотренном договором страхования.

9.1.10. Производить страховые выплаты и/или оказывать услуги, в том числе осуществлять их компенсацию в порядке, предусмотренном условиями договора страхования, Программой страхования и разделом 10 настоящих Правил.

9.1.11. Осуществлять контроль за качеством медицинского и иного обслуживания Страхователя (Застрахованного лица).

9.1.12. В случае оказания Медицинским учреждением некачественной медицинской помощи или оказания ее в неполном объеме, представить Страхователю (Застрахованному лицу) (при его согласии) медицинские и иные услуги в другом медицинском учреждении, если Программой страхования не предусмотрено ограничение по конкретным Медицинским учреждениям.

Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

9.1.13. Выдать Страхователю (Застрахованному лицу) дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты.

9.1.14. Рассмотреть обращения, в том числе жалобы, поступившие от Страхователя (Застрахованного лица) или его представителя, в том числе переадресованные из органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных организаций.

Способы приема обращений опубликованы на официальном сайте Страховщика.

Поступившее обращение подлежит обязательной регистрации в течение 3 (Три) рабочих дней. Страховщик информирует Страхователя (Застрахованное лицо) о получении его обращения (при поступлении обращения в бумажной форме такое информирование осуществляется по требованию Страхователя (Застрахованного лица,).

Предельный срок рассмотрения обращения составляет 30 (Тридцать) дней с момента регистрации обращения, за исключением случаев, когда для ответа на обращение необходимо проведение проверки (экспертизы) и (или) получения документов от других организаций, о чем Страхователь (Застрахованное лицо) письменно уведомляется Страховщиком в установленный для рассмотрения обращений срок. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа Страхователю (Застрахованному лицу) или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных настоящим пунктом Правил.

Ответ на обращение подписывается Генеральным директором или иным уполномоченным лицом Страховщика и подлежит обязательной регистрации. Ответ направляется по адресу, указанному в обращении, либо иным способом по заявлению Страхователя (Застрахованного лица).

Страхователю (Застрахованному лицу) рекомендуется включить в обращение следующую информацию и документы (при наличии):

• номер договора страхования, заключенного между Страхователем и Страховщиком;

• изложение существа требований и фактических обстоятельств, на которых основаны заявленные требования, а также доказательства, подтверждающие эти обстоятельства;

• наименование подразделения, должности, фамилии, имени, отчества (при наличии) работника Страховщика, действия (бездействия) которого обжалуются;

• копии документов, подтверждающих изложенные в обращении обстоятельства.

Ответ на обращение не дается в следующих случаях:

• в обращении недостаточно данных для определения Страхователя (Застрахованного лица);

• текст обращения не поддается прочтению;

• в обращении содержатся только те вопросы, на которые Страхователю (Застрахованному лицу) ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;

• в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу Страховщика, имуществу, жизни и (или) здоровью работников Страховщика, а также членов их семей;

• обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки;

• из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.

Обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается лицу, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

9.2. **Страховщик имеет право:**

9.2.1. Требовать от Страхователя предоставления информации, имеющей существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и/или условий договора страхования при заключении договора страхования и в течение срока его действия, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного лица.

9.2.2. Проверять сообщаемую Страхователем информацию и выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий настоящих Правил, договора страхования и Программы страхования.

9.2.3. Установить лимит ответственности на оплату медицинских и иных услуг по договору страхования.

9.2.4. Потребовать изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) соразмерно увеличению/возникновению страхового риска при значительном изменении обстоятельств, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение/возникновение страхового риска. Значительными признаются изменения, оговоренные в п. 6.2 и п. 9.3.5. настоящих Правил.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, предусмотренной п. 9.3.5. настоящих Правил или при несогласии Страхователя с изменением условий договора страхования и (или) доплатой страховой премии (страхового взноса) Страховщик имеет право потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение/возникновение страхового риска, уже отпали.

9.2.5. Требовать от Страхователя (Застрахованного лица) оплатить Страховщику и (или) Медицинскому учреждению стоимость оказанных медицинских и иных услуг в результате случаев, признанных не страховыми и/или если эти услуги не предусмотрены Программой страхования.

9.2.6. Требовать от Страхователя (Застрахованного лица) оплатить Страховщику разницу между стоимостью оказанных медицинских и иных услуг и страховой суммой и/или лимитом ответственности, в случае, если данные расходы превысят страховую сумму и/или лимит ответственности, установленных договором страхования, а также в случае, если эти медицинские услуги не предусмотрены Программой страхования, а также в других случаях, предусмотренных договором страхования.

9.2.7. Страховщик имеет право исключить из страхового покрытия и/или из состава оказываемых услуг существующие ранее хронические заболевания, явные симптомы которых проявлялись в течение предшествующих 5 лет или по поводу которых осуществлялось лечение в течение того же срока.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в сроки и в порядке, установленные договором страхования.

9.3.2. При заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска и/или определения условий договора страхования.

9.3.3. До заключения договора страхования ознакомиться с его условиями, Программой страхования, а также с условиями настоящих Правил.

9.3.4. Довести до сведения Застрахованных лиц условия договора страхования, Программы страхования и настоящих Правил. Ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по договору страхования и Программой страхования, выдать Застрахованным лицам полученные от Страховщика страховые полисы (именные регистрационные карточки или иные носители информации, определяющие права Страхователя (Застрахованных лиц) на получение медицинской помощи в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования и Программой страхования).

9.3.5. В период действия договора страхования незамедлительно, как только ему станет известно, но в любом случае, не позднее 3-х рабочих дней с этого момента, письменно сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в сведениях, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, в том числе сведениях, указанных в Заявлении на страхование.

9.3.6. Незамедлительно ставить в известность Страховщика при получении им информации о невозможности получения Страхователем (Застрахованным лицом) медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в Медицинском учреждении, определенном Программой страхования.

9.3.7. Обеспечивать сохранность договора страхования (страхового полиса) и документов, являющихся приложениями к договору страхования (страховому полису).

9.3.8. Оплатить Страховщику стоимость оказанных медицинских и иных услуг в связи с обращением Застрахованного лица за медицинскими услугами в результате случая, признанного впоследствии не страховым, и/или если эти услуги не предусмотрены Программой страхования в течение 10 (Десять) дней с даты предъявления Страховщиком такого требования.

9.3.8. По запросу Страховщика предоставить надлежащим образом заверенные документы и сведения, необходимые Страховщику для осуществления своих обязанностей в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма». В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения, Страхователь в течение 10 (десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений, обязан письменно уведомить об этом Страховщика и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений.

9.4. **Страхователь имеет право:**

9.4.1. Получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

9.4.2. Получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты бесплатно.

9.4.3. Ссылаться в защиту своих интересов на настоящие Правила.

9.4.4. Требовать от Страховщика предоставление Страхователю (Застрахованным лицам) в Медицинских учреждениях медицинских или иных услуг в соответствии с Программой страхования. В случае непредоставления Медицинским учреждением Страхователю (Застрахованному лицу) указанных услуг, последний обязан незамедлительно поставить в известность Страховщика о данном нарушении. При отсутствии у Страхователя (Застрахованного лица) возможности сообщить об этом Страховщику самостоятельно, информировать Страховщика может любое лицо, уполномоченное Страхователем (Застрахованным лицом).

9.4.5. Обратиться к Страховщику с заявлением об изменении и/или дополнении условий договора страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и договором страхования. При этом Страховщик вправе потребовать уплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса).

9.4.6. Вносить изменения в список Застрахованных лиц согласно п.6.28.1.3. настоящих Правил.

9.4.7. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемому страховому агенту или страховому брокеру.

9.4.8. Осуществлять в офисах Страховщика аудиозапись, видео- или фотосъемку процесса взаимодействия Страховщика со Страхователем и документов, связанных с оказанием страховых услуг непосредственно Страхователю/Застрахованному лицу, если он уведомил работника Страховщика о соответствующем намерении до начала осуществления записи и (или) съемки.

9.4.9. Направить Страховщику обращения:

а) в письменной форме на бумажном носителе, а именно: по почтовой связи, курьером, при личном обращении;

б) в электронной форме в виде электронного документа, а именно: через форму обратной связи на официальном сайте Страховщика, по каналам электронной почты.

9.5. Застрахованное лицо обязано:

9.5.1. Предоставлять Страховщику достоверную информацию, необходимую для определения степени страхового риска и/или определения условий договора страхования.

9.5.2. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено договором страхования.

9.5.3. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе оказания им медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением.

9.5.4. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

9.5.5. Немедленно сообщать Страхователю и Страховщику обо всех случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования и Программой страхования.

9.5.6. Предоставлять Страховщику право на ознакомление и проверку медицинской документации в Медицинских учреждениях с целью контроля объема и качества медицинских услуг, оказываемых в рамках договора страхования и Программы страхования.

9.6. Застрахованное лицо имеет право:

9.6.1. Ознакомиться с условиями настоящих Правил, Программы страхования и договора страхования.

9.6.2. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Программы страхования и договора страхования.

9.6.3. Требовать от Страховщика в случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях, установленных договором страхования и Программой страхования, исполнения своих обязательств в соответствии с его условиями.

9.6.4. Получать от Страховщика разъяснения по поводу условий Правил, договора страхования и Программ страхования.

9.6.5. Требовать выдачи дубликата страхового полиса (или других документов, подтверждающих факт заключения договора страхования) в случае его утраты.

10. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Для получения медицинской помощи и/или иных услуг Страхователь (Застрахованное лицо) должен обратиться в Медицинские учреждения, указанные в договоре страхования и Программе страхования. При этом Страхователь (Застрахованное лицо) должен предъявить страховой полис или иной документ, подтверждающий его право на получение медицинских и иных услуг по заключенному в его пользу договору страхования.

По всем требующим разъяснения вопросам получения медицинской и иной помощи Страхователь (Застрахованное лицо) может обратиться к Страховщику по адресам и телефонам, указанным в страховом полисе (или иных выданных Страховщиком документах, подтверждающих его право на получение данных видов помощи).

10.2. Медицинская помощь и медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы Медицинского учреждения.

10.3. При невозможности оказания услуг, определенных Программой страхования, в Медицинском учреждении, которое было указано в приложении к договору страхования, Страховщик обеспечивает их предоставление в другом Медицинском учреждении аналогичного уровня и профиля, если договором страхования или Программой страхования не предусмотрено ограничение по конкретным Медицинским учреждениям. При этом выбор медицинского учреждения осуществляется Страховщиком.

10.4. Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинских и иных услуг, полученных Страхователем (Застрахованным лицом) при наступлении страхового случая в соответствии с условиями договора страхования и Программы страхования.

10.5. Страховая выплата может осуществляться Страховщиком:

10.5.1. Медицинскому учреждению – в размере фактических затрат на оказание медицинской помощи на основании счетов Медицинского учреждения в пределах Программы страхования, предусмотренной договором страхования, но не более страховой суммы и/или лимита ответственности, установленных договором страхования.

По согласованию со Страхователем и Медицинским учреждением Страховщик может осуществлять авансовую оплату услуг, предоставленных Страхователю (Застрахованным лицам) с последующим выставлением счетов Медицинским учреждением и осуществлением взаиморасчетов с ним по урегулированию страховых случаев.

10.5.2. Страхователю (Застрахованному лицу) – в размере фактических затрат на получение медицинской помощи (если таковая организована Страховщиком и/или согласована с ним) на основании заявления Застрахованного лица с приложением оригинала оплаченного счета с указанием Медицинского учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции, направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, но не более страховой суммы и/или лимита ответственности, установленных договором страхования.

Возмещение осуществляется в денежной форме путем перечисления Страховщиком денежных средств на расчетный/лицевой счет, указанный Страхователем (Застрахованным лицом), или путем получения наличных денежных средств из кассы Страховщика.

Выплата страхового возмещения путем получения наличных денежных средств может быть произведена любому лицу, имеющему надлежащим образом оформленную доверенность от Страхователя (Застрахованного лица) на право получения страхового возмещения.

В случае непредставления Страхователем (Застрахованным лицом) банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик продлевает (приостанавливает) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений. Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованное лицо) о факте приостановки страховой выплаты и запрашивает недостающие документы.

Выплата страхового возмещения производится в российских рублях.

Заявление Страхователя (Застрахованного лица) принимается в срок не позднее одного месяца после получения им медицинской или иной помощи. Возмещение производится в течение 14-ти дней после получения от Страхователя (Застрахованного лица) всей необходимой документации (оригинала оплаченного счета с указанием Медицинского учреждения, перечня оказанных медицинских и иных услуг и их стоимости, квитанции, направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного).

10.6. Страховщик осуществляет анализ представленных ему счетов на предмет их соответствия:

- Программам страхования и условиям договора страхования;
- прейскуранту цен на оказанные медицинские и иные услуги на дату оказания медицинской или иной услуги.

10.7. По договорам страхования, указанным в п. 2.3.1. настоящих Правил, страховая выплата не производится. Указанные договоры страхования предусматривают только компенсацию Страхователю (Застрахованному лицу) в виде услуг, а не путем осуществления страховых выплат Страхователю (Застрахованному лицу).

10.8. Предусмотренные договором страхования страховые выплаты производятся Страховщиком и/или компенсируются страховщиком услуги независимо от сумм, причитающихся Страхователю (Застрахованному лицу) по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда, причиненного третьими лицами.

10.9. Не возмещаются расходы и не компенсируются услуги, возникшие и оказанные по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией, начавшейся в период действия договора страхования. При этом данные расходы покрываются только на период до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

10.10. Размер страховой выплаты определяется с учетом франшизы, установленной в договоре страхования.

10.11. Страховщик освобождается от страховой выплаты и/или компенсации услуг, когда страховой случай и/или необходимость получения услуги наступили вследствие:

а) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
б) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
г) стихийных бедствий; д) умысла Страхователя (Застрахованного лица).

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

11.1. В случае заявления Страхователем (Застрахованным лицом) претензий о неполном или некачественном предоставлении медицинских или иных услуг по договору страхования в указанном в нем Медицинском учреждении, Страховщик определяет обоснованность претензий Страхователя (Застрахованного лица) и, при необходимости, принимает соответствующие меры, чтобы данные услуги были предоставлены Застрахованному лицу согласно требованиям договора страхования и условиям Программы страхования.

11.2. В любом случае Страховщик не несет ответственности при изменении по требованию Страхователя (Застрахованного лица) и вопреки рекомендациям лечащего врача медицинских процедур и манипуляций, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

12. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И ИНФОРМАЦИЯ

12.1. Вся необходимая медицинская документация (больничные листы, медицинские рецепты, выписки из истории болезни и т.д.) выдаются Страхователю (Застрахованным лицам) Медицинским учреждением на общих основаниях в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.2. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Страхователя (Застрахованного лица) (историей болезни, медицинскими заключениями и т.д.), а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных медицинских и иных услуг, защитой прав в судебных органах.

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

13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

13.2. Если Страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то по спорам, вытекающим из неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком и/или Страхователем условий договора страхования, обязательно соблюдение досудебного порядка урегулирования спора путем предъявления письменной претензии. Споры по договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, между Страховщиком и Страхователем, который является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, разрешаются путем переговоров между сторонами в течение 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения претензии. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда.

13.3. Если Страхователь (Застрахованное лицо) является физическим лицом, споры, вытекающие из неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования, разрешаются в следующем порядке:

13.3.1. До предъявления к Страховщику иска, содержащего требование об осуществлении страхового возмещения, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан обратиться к Страховщику с Заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с приложенными к нему документами, предусмотренными настоящими Правилами.

13.3.2. При наличии разногласий между Страхователем (Застрахованным лицом) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по договору страхования, Страхователь (Застрахованное лицо) должен направить Страховщику письменное Заявление (Обращение), а Страховщик обязан рассмотреть его в порядке, установленном Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»:

а) Заявление (Обращение) направляется Страховщику в письменной или электронной форме по реквизитам, указанным на официальном сайте Страховщика.

б) Страховщик обязан рассмотреть Заявление (Обращение) Страхователя (Застрахованного лица) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (Пятнадцать) рабочих дней со дня получения Заявления (Обращения) в случае, если указанное Заявление (Обращение) направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав Страхователя (Застрахованного лица) прошло не более 180 (Сто восемьдесят) дней;
- в течение 30 (Тридцать) рабочих дней со дня получения Заявления (Обращения) в иных случаях.

13.3.3. Ответ на Заявление (Обращение) Страхователя (Застрахованного лица) направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Застрахованного лица), а при его отсутствии по почтовому адресу.

13.3.4. После получения ответа Страховщика в случае несогласия с ним либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении сроков рассмотрения Заявления (Обращения), установленных подпунктом б) п. 13.3.2. настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) вправе направить обращение финансовому уполномоченному.

13.3.5. Обращение финансовому уполномоченному направляется Страхователем (Застрахованным лицом) лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем Страхователя (Застрахованного лица) к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

13.3.6. Принятие и рассмотрение обращений финансовым уполномоченным осуществляются бесплатно .

13.3.7. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать обращение до даты принятия финансовым уполномоченным решения по результатам рассмотрения спора. Обращение, которое отозвано Страхователем (Застрахованным лицом), не подлежит рассмотрению, а начатое рассмотрение подлежит прекращению не позднее рабочего дня, следующего за днем регистрации заявления об отзыве обращения. Копия заявления об отзыве обращения направляется Страховщику. Отзыв обращения Страхователем (Застрахованным лицом) не лишает его права на направление повторного обращения финансовому уполномоченному по тем же основаниям.

13.3.8. Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер требований Страхователя (Застрахованного лица) о взыскании денежных сумм не превышает 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей, и если со дня, когда Страхователь (Выгодоприобретатель) узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет.

13.3.9. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе заявить в судебном порядке требования о взыскании денежных сумм в размере, не превышающем 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей, со Страховщика в следующих случаях:

а) непринятия финансовым уполномоченным решения по обращению по истечении предусмотренного Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» срока рассмотрения обращения и принятия по нему решения.

б) прекращения рассмотрения обращения финансовым уполномоченным в соответствии Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

в) несогласия с вступившим в силу решением финансового уполномоченного.

13.3.10. В случае, если размер требований Страхователя (Застрахованного лица) превышает 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей, либо требования Страхователя (Застрахованного лица) касаются вопросов, связанных с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе заявить указанные требования в судебном порядке без направления обращения финансовому уполномоченному.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ №1
ДОБРОВОЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ

1. По договору страхования, заключенному на основании Правил добровольного медицинского страхования (далее – Правила) и Дополнительных условий № 1 добровольного лекарственного страхования (далее – Дополнительные условия) Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию или страховой взнос) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая) организовать и оплатить в пределах страховой суммы, оговоренной в договоре страхования, предоставление Застрахованному лицу лекарственного обеспечения.

2. Дополнительно к разделу «Основные термины и определения» Правил в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины, понятия и определения:

Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности;

Фармацевтическая организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация торговли лекарственными средствами, аптечная организация).

Аптечная организация – организация, структурное подразделение медицинской организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Рецепт на лекарственный препарат – письменное назначение лекарственного препарата по установленной форме, выданное медицинским работником, имеющим на это право, в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска.

3. В соответствии с настоящими Дополнительными условиями страховым случаем является обращение Страхователя (Застрахованного лица) в Фармацевтическую организацию за получением по назначению врача лекарственных препаратов, предусмотренных договором страхования и Программой страхования.

4. Клинико-фармацевтические группы лекарственных препаратов, оплату которых Страховщик гарантирует при наступлении страхового случая, определяются в договоре страхования и Программе страхования.

5. В соответствии с настоящими Дополнительными условиями Страховщик при наступлении страхового случая гарантирует Страхователю (Застрахованному лицу) оплату лекарственных препаратов только в Фармацевтических организациях, определенных договором страхования и Программой страхования.

6. Добровольное лекарственное страхование осуществляется только в дополнение к добровольному медицинскому страхованию по Программе страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь», если иное не оговорено договором страхования.

7. При страховании в соответствии с настоящими Дополнительными условиями не являются страховым случаем, и не оплачивается Страховщиком:

7.1. Медикаментозное лечение заболеваний, указанных в Правилах в качестве исключений из состава событий, на случай наступления которых производится страхование (п. 5.7. Правил), если иное не оговорено договором страхования и/или Программой страхования.

7.2. Медикаментозное лечение с применением:
- цитостатиков,
- инсулинов человека,
- гопокликемических средств;
- противотуберкулезных химиопрепаратов;
- нейролептиков;
- антидепрессантов;
- противосудорожных средств;
- имунодепрессантов;
- гомеопатических средств;

- вакцин у детей (вне календарного плана) и взрослых с целью профилактических прививок;
- питательных смесей и корригирующих (биологических активных) добавок к питанию;
- средств контрацепции всех видов;
- средств для коррекции половой функции у мужчин;
- средств диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;
- медицинских изделий и предметов ухода за больными, за исключением шприцов и перевязочных средств[1];
- косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст;
- средств медицинской реабилитации.

7.3. Медикаментозное лечение, которое будет использоваться при лечении Страхователя (Застрахованного лица) в стационаре.

7.4. Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена врачом Медицинского учреждения, предусмотренного договором страхования и Программой страхования.

7.5. Медикаментозное лечение лекарственными препаратами, право на бесплатное получение которых имеет Страхователь (Застрахованное лицо) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

8. Договором лекарственного страхования может быть предусмотрено собственное участие Страхователя (Застрахованного лица) в оплате части стоимости лекарственных препаратов – франшиза.

9. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика ограничивающие размер выплат, в т.ч. в отношении отдельных клинико-фармацевтических групп лекарственных препартатов.

10. При наступлении страхового случая выплата Страховщиком страхового обеспечения осуществляется в порядке оговоренном в договоре страхования и Программе страхования. При добровольном лекарственном страховании возможны два варианта страхового обеспечения:

1) Фармацевтической организации – в размере фактических затрат на лекарственные препараты после получения от Фармацевтической организации реестра (счета) на оплату с приложением копий рецептов (в случае назначения препаратов рецептурного назначения), но не более страховой суммы, установленной договором страхования. В реестре (счете) указываются фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, наименование лекарственного препарата и его количество.

2) Страхователю (Застрахованному лицу) – в размере фактических затрат на лекарственные препараты на основании заявления Застрахованного лица, но не более страховой суммы, установленной договором страхования. К заявлению Страхователь (Застрахованное лицо) обязан приложить:

- документ, удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного лица);
- копия рецепта на лекарственный препарат (в случае назначения препаратов рецептурного назначения);
- кассовый и товарный чеки из Фармацевтической организации на лекарственные препараты, приобретенные Страхователем (Застрахованным лицом).

11. Во всем ином, не предусмотренном настоящими Дополнительными условиями, действуют Правила добровольного медицинского страхования. При расхождении положений настоящих Дополнительных условий с положениями Правил, приоритет имеют положения настоящих Дополнительных условий.

[1] Перевязочные средства - марля, бинты, вата, компрессная клеенка и бумага и т.п.

Приложение №1
к Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 1: «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу оплату медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и определенных Программой страхования.

1.1. По настоящей Программе страхования Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

1.1.1. Расширенный объём диагностических лабораторных и инструментальных исследований с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой допплерографии, эндоскопических методик, холтеровского мониторирования, иммуноферментного анализа и т.п.;

1.1.2. Расширенный объём лечебной помощи, включая физиотерапию, лечебный массаж, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, занятия ЛФК, бальнеологические процедуры и др.;

1.1.3. Осмотры при наличии жалоб, проводимые с целью раннего уточнения диагноза и лечения, в том числе лечение, уменьшающее риск рецидивов заболеваний (состояний);

1.1.4. Консультации и другие профессиональные услуги врачей различных специальностей, в том числе альтернативные консультации и консилиумы специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров;

1.1.5. Оказание на дому врачебной помощи, взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной сестрой Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается по адресу, указанному в списке Застрахованных лиц, приложенному к договору;

1.1.6. Услуги личных и семейных врачей, в том числе частнопрактикующих медицинских работников.

1.1.7. Вакцинацию по эпидемическим и медицинским показаниям;

1.1.8. Оформление и получение медицинской документации: листков временной нетрудоспособности, направлений на санаторно-курортное, реабилитационно-восстановительное лечение, заключений о состоянии здоровья, выписок из амбулаторных карт и проч.;

1.1.9. Лекарственное обеспечение амбулаторных больных, включающее в себя: частичную или полную оплату лекарств, приобретаемых в аптеке по рецепту врача, за исключением льготных рецептов.

1.1.10. Ведение беременности, диагностика и лечение осложнений течения беременности.

1.1.11. Диспансеризация в амбулаторных условиях.

1.1.12. Медицинские осмотры декретированных групп.

Медицинские услуги могут быть оказаны как на территории Российской Федерации, так и за пределами Российской Федерации.

Примечания.

В соответствии с действующим законодательством РФ по взаимному согласию сторон из договора страхования могут быть исключены отдельные положения настоящей Программы, равно как и включены иные.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 2: «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу оплату медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощи и определенных Программой страхования.

1.1. Приемы врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, парадонтолога), обследование, диагностика заболеваний челюстно-лицевой области, зубов и десен;

1.2. Терапевтическая стоматологическая помощь (лечение заболевания челюстно-лицевой области, в т.ч. зубов и десен);

1.3. Хирургическая стоматологическая помощь (лечение заболевания челюстно-лицевой области, в т.ч. удаление зубов, локализация острых воспалительных процессов и др.);

1.4. Анестезия, в т.ч. премедикации;

1.5. Рентгенологические исследования, в т.ч. компьютерная визиография, пантомография;

1.6. Физиолечение (электро-, теплолечение, магнито-, лазеротерпия) по назначению врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения стоматологического заболевания;

1.7. Лечение заболеваний пародонта (снятие зубных отложений, отбеливание и фторирование эмали зубов, открытый и закрытый кюретаж и т.д.);

1.8. Лечебно-профилактические стоматологические мероприятия;

1.9. Мероприятия, связанные с подготовкой к протезированию;

1.10. Ортодонтическое лечение*;

1.11. Стоматологическое протезирование* и имплантология* в объеме, указанном в договоре страхования.

* – в случаях, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования при заключении договора страхования на условиях внесения дополнительной премии (использования повышающих коэффициентов) при включении в программу указанных услуг (заболеваний).

Примечания.

В соответствии с действующим законодательством РФ по взаимному согласию сторон из договора страхования могут быть исключены отдельные положения настоящей Программы, равно как и включены иные.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 3: «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ»

1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу оплату медицинских услуг в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования, осуществляющих стационарные оздоровительные и лечебно-профилактические мероприятия по укреплению здоровья Застрахованного лица как при плановом, так и при экстренном обращении за лечением.

2. Застрахованное лицо по настоящей Программе страхования имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней сервисных услуг:

2.1. Услуги стационара включая стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар):

2.1.1 Расширенный объём диагностических лабораторных и инструментальных исследований с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой допплерографии, эндоскопических методик, холтеровского мониторирования, иммуноферментного анализа и т.п.;

2.1.2. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

2.1.3. Расширенный объём лечебной помощи (включая санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение), проводимой в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая традиционные хирургические методики, рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию и терапию, лапароскопические операции, литотрипсию, баротерапию, гемосорбцию, УФО крови и плазмоферез, лечебный массаж, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, занятия ЛФК, бальнеологические процедуры, использование операционной и послеоперационных палат и т.п.;

2.1.4. Трансплантация органов и тканей, все виды протезирования;

2.1.5. Кардиохирургические и нейрохирургические вмешательства;

2.1.6. Консультации и другие профессиональные услуги врачей, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров и консилиумы;

2.1.7. Лекарственные препараты, перевязочный материал, анестетики, кислород и т.п.;

2.1.8. Пребывание в одно-двухместной палате, питание, уход медицинского персонала и т.п.

2.1.9. Услуги бригады скорой медицинской помощи, предоставленные в соответствие с медицинскими показаниями.

2.1.10. Лечение онкологических и инфекционных заболеваний сверх объема, предусмотренного территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2.1.11. Реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение, оказывающееся Застрахованному лицу по направлению врача или врача поликлиники по медицинским показаниям.

2.1.12. Необходимые медицинские мероприятия в связи беременностью и родами, а также в связи с осложнениями в ходе беременности и родов (патологическая беременность и патологические роды).

2.1.13. Услуги бригады скорой медицинской помощи при экстренной госпитализации.

Медицинские услуги могут быть оказаны как на территории Российской Федерации, так и за пределами Российской Федерации.

Примечания.

В соответствии с действующим законодательством РФ по взаимному согласию сторон из договора страхования могут быть исключены отдельные положения настоящей Программы, равно как и включены иные.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 4: «СКОРАЯ (НЕОТЛОЖНАЯ) МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу оплату услуг неотложной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) при возникновении угрожающих жизни состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства.

2. Застрахованное лицо по настоящей Программе страхования имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней сервисных услуг:

2.1. выезд бригады неотложной медицинской помощи;

2.2. первичный осмотр больного и проведение другой необходимой экспресс-диагностики;

2.3. экстренные лечебные манипуляции: введение лекарственных препаратов, первичная обработка ран, перевязки, дача кислорода и т.п.;

2.4. медицинская транспортировка в стационар и транспортировка из стационара после лечения.

Медицинские услуги могут быть оказаны как на территории Российской Федерации, так и за пределами Российской Федерации.

Примечания.

В соответствии с действующим законодательством РФ по взаимному согласию сторон из договора страхования могут быть исключены отдельные положения настоящей Программы, равно как и включены иные.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 5: «САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу оплату услуг в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования, осуществляющих реабилитационно-восстановительное и/или санаторно-курортное лечение Застрахованному лицу по направлению личного врача или врача поликлиники по медицинским показаниям после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем, и проводимого на амбулаторно-поликлинической или стационарной базе - в следующих медицинских учреждениях:

- санаториях и санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача, подтвержденного выпиской из медицинской карты Застрахованного.

2. Застрахованное лицо по настоящей Программе страхования имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней сервисных услуг:

2.1. диагностические и лабораторные исследования;

2.2. врачебное наблюдение, консультации и другие профессиональные услуги врачей различных специальностей;

2.3. расширенный объем лечебной, восстановительной, противорецидивной и профилактической помощи, включая медикаментозную и физиотерапию (баротерапия, фитотерапия, бальнеологические процедуры, грязелечение, ароматерапия, талласотерапия и др.), массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, занятия ЛФК в том числе с использованием тренажеров по медицинским показаниям,

2.4. пребывание в одно-, двух-, трехместной палате, палате «Люкс» и «Полулюкс», диетическое питание, уход медицинского персонала;

Медицинские услуги могут быть оказаны как на территории Российской Федерации, так и за пределами Российской Федерации.

Примечания.

В соответствии с действующим законодательством РФ по взаимному согласию сторон из договора страхования могут быть исключены отдельные положения настоящей Программы, равно как и включены иные.

ПРОГРАММА 6: «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ»

1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу оплату медицинских услуг в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, а также оплату лекарственных препаратов и перевязочных материалов в Фармацевтических организациях, определенных Программой страхования.

2. Перечень предоставляемых амбулаторно-поликлинических услуг представлен в Программе страхования №1.

3. В соответствии с настоящей Программой страхования лекарственные препараты и перевязочные материалы предоставляются в Фармацевтических организациях только по назначению врача медицинского учреждения (личного врача), предусмотренного Программой страхования.

4. Застрахованное лицо по настоящей Программе страхования имеет право на получение следующих услуг:

4.1. Оплата лекарственного обеспечения (лекарственных средств и перевязочных материалов);

4.2. Консультации по медикаментозному обеспечению;

4.3. Получение и доставка медикаментозного обеспечения, когда Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности получить и/или доставить медикаменты к месту его нахождения (лечения).

Примечания.

В соответствии с действующим законодательством РФ по взаимному согласию сторон из договора страхования могут быть исключены отдельные положения настоящей Программы, равно как и включены иные.

Приложение №2
к Правилам добровольного медицинского страхования

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Программы страхования	**Страховой тариф, %**
Амбулаторно-поликлиническая помощь	**6,62**
Стоматологическая помощь	**8,24**
Стационарная помощь	**1,29**
Скорая (неотложная) медицинская помощь	**4,06**
Санаторно-курортное, восстановительное и реабилитационное лечение	**5,60**
Амбулаторно-поликлиническая помощь с лекарственным обеспечением	**8,33**

Приложение № 3

к Правилам добровольного медицинского страхования

ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Фактор страхового риска	**Поправочный коэффициент**
1. Половозрастные характеристики Застрахованного лица	**0,10 - 3,00**
2. Особенности страхового покрытия (стандарты оказания медицинской помощи конкретным Медицинским учреждением)	**0,20 – 5,00**
3. Объем страхового покрытия (сокращенный/расширенный перечень предоставляемых медицинских и иных услуг)	**0,30 - 2,50**
4. Изменение перечня исключений из состава событий, на случай наступления которых проводится страхование, в соответствии с п.5.9. Правил добровольного медицинского страхования - расширение перечня исключений - уменьшение перечня исключений	 **0,50 – 0,99** **1,01 – 3,00**
5. Состояние здоровья Застрахованного лица (наличие/отсутствие хронических заболеваний, частота и характер хронических и иных заболеваний, доля лиц с указанными состояниями и т.д.)	**0,10 - 3,00**
6. Нозологический объем страхового покрытия (перечень и особенности заболеваний, включаемых в страховое покрытие, уровень стоимости диагностики и лечения этих заболеваний и т.д.)	**0,20 - 5,00**
7. Влияние факторов профессиональной деятельности и/или образа жизни Застрахованного лица (работа Застрахованного лица на вредном производстве, уровень и особенности рабочей нагрузки, место проживания, занятие опасными видами спорта и т.д.)	**0,15 - 2,50**
8. Количество Застрахованных лиц по договору страхования	**0,20 – 2,00**
9. Пролонгация договора/полиса страхования	**0,65 - 1,50**
10. Наличие франшизы	**0,80 – 1,00**
11. Лимиты ответственности - отсутствие лимитов ответственности - наличие (в зависимости от величины лимитов ответственности)	 **1,00** **0,40 – 0,99**
12. Срок действия договора страхования	**0,20 - 1,00**
13. Наличие совокупности Программ страхования	**0,50 - 1,00**
Страховщик для расчета страхового тарифа при заключении конкретного договора страхования с учетом андеррайтерской оценки страхового риска и условий страхования, вправе применять к страховым тарифам иные повышающие или понижающие поправочные коэффициенты от 0,01 до 15,00.	

Поправочные коэффициенты умножаются последовательно. Общая величина полученного страхового тарифа округляется до двух знаков после запятой.