

Утверждено
Приказом Генерального директора
АО «Группа Ренессанс Страхование»
от 10 июня 2019 года № 079

Правила

добровольного медицинского страхования

Содержание

1. Общие положения	3
2. Субъекты страхования	4
3. Объект страхования.....	5
4. Страховые риски. Страховой случай исключения из страхового покрытия	5
5. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия. Франшиза.	7
6. Срок действия договора страхования	12
7. Порядок обращения за медицинской помощью. Порядок определения страховой выплаты	12
8. Заключение договора страхования.....	15
9. Прекращение договора страхования.	18
10. Права и обязанности сторон.....	19
11. Прочие условия.....	23
12. Порядок разрешения споров	24

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «ГРУППА РЕНЕССАНС СТРАХОВАНИЕ» (далее – Страховщик) заключает с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями, организациями любых организационно-правовых форм), дееспособными физическими лицами (далее – Страхователи) договоры добровольного медицинского страхования граждан (далее – договоры страхования). В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к следующим видам страхования: медицинское страхование, страхование финансовых рисков.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

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

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата – оплата медицинской организации/Сервисной компании медицинских и иных услуг в рамках договора страхования, оказываемых Застрахованному лицу (далее также – Застрахованному) и организованных Страховщиком/Сервисной компанией, или выплата в денежной форме непосредственно Застрахованному при наступлении страхового случая.

Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

Период страхования – период времени, определяемый договором страхования, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования (страховой защиты).

Медицинские организации – юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, осуществляющее в установленном порядке оказание и (или) организацию медицинских услуг, имеющее лицензию (иное разрешение) на право осуществления вышеназванной деятельности.

Сервисные компании – юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, предоставляющее услуги по организации медицинских и иных услуг (в том числе медико-социальных), а также экспертных, медико-транспортных услуг и услуг по репатриации.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до ближайшей медицинской организации на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию на территории РФ по медицинским показаниям (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из медицинской организации на территории РФ, в которой Застрахованному оказывались услуги согласно договору страхования,

до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта, или вокзала, или порта (далее – транспортного узла) в стране постоянного проживания Застрахованного.

Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой тела (останков) Застрахованного лица, смерть которого наступила в течение срока страхования на территории страхования, до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания Застрахованного, указанной в договоре страхования. Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Страховщик вправе по согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица заменить репатриацию тела на его кремацию на территории Российской Федерации и транспортировку урны с прахом до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания. Расходы по организации похорон и погребению Страховщиком не возмещаются.

Аптечные организации – юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, в том числе структурные подразделения медицинских организаций, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Лекарственная помощь – предоставление аптечной организацией медикаментозных средств Застрахованному лицу, назначенных ему лечащим врачом медицинской организации, предусмотренной договором страхования в связи с произошедшим страховым случаем.

Медикаментозные средства – лекарственные средства, изделия медицинского назначения и косметические средства, назначенные врачом медицинской организации, предусмотренной договором страхования в порядке, соответствующем требованиям законодательства Российской Федерации.

Телемедицина – комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих деятельность системы оказания дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию специалиста-медика, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

- 1.3. Денежные обязательства сторон по договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) устанавливаются в валюте Российской Федерации (далее – рубли), если договором страхования не установлено иное.

По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях.

При этом денежное обязательство подлежит оплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено договором страхования.

- 1.4. При заключении договора страхования между Страховщиком и Страхователем может быть достигнуто соглашение об использовании сторонами факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронного подписи или иного аналога собственноручной подписи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2. Субъекты страхования

- 2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

- 2.1.1. **Страховщик** – АО «Группа Ренессанс Страхование», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление страховой деятельности в установленном законом порядке.
- 2.1.2. **Страхователь** – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.
Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, может быть заключен Страхователем – юридическим лицом, а также индивидуальным предпринимателем в пользу названного в договоре страхования физического лица (далее – Застрахованный или Застрахованное лицо), а Страхователем – физическим лицом как в пользу названного в договоре страхования физического лица, так и в свою пользу.
- 2.1.3. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, названное в договоре страхования, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования.
Если иное не предусмотрено договором страхования, лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания:
- туберкулез;
 - психические заболевания;
 - алкоголизм, токсикомания, наркомания;
 - венерические заболевания;
 - особо опасные карантинные инфекции, включая атипичную пневмонию SARS;
 - онкологические заболевания, заболевания крови опухолевой природы;
 - профессиональные заболевания;
 - острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения;
 - любые заболевания лиц, имеющих инвалидность I и II группы;
 - ВИЧ-инфекции;
 - врожденные и наследственные патологии (включая хромосомные нарушения, последствия родовых травм), могут быть Застрахованными только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

3. Объект страхования.

- 3.1. Объектом страхования в соответствии с настоящими Правилами являются имущественные интересы, связанные:
- 3.1.1. с оплатой организации и оказания медицинской помощи и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование);
- 3.1.2. с риском возникновения непредвиденных расходов на приобретение медикаментозных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации в связи с наступлением страхового случая, а также по посмертной репатриации тела (останков) Застрахованного лица (страхование финансовых рисков).

4. Страховые риски. Страховой случай исключения из страхового покрытия

- 4.1. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск затрат на оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при

его обращении в медицинскую и (или) аптечную организацию при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг, а также расходов по посмертной репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

4.2. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами (с учетом ограничений и исключений, установленных в п. 4.3 настоящих Правил) могут являться следующие события:

4.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренной договором страхования.

Если это прямо предусмотрено договором страхования, обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина);

4.2.2. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в аптечную организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных Страховщиком в целях приобретения медикаментозных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации в связи с событием, предусмотренным п. 4.2.1 настоящих Правил;

4.2.3. смерть Застрахованного лица в течение периода страхования на территории страхования, повлекшая необходимость репатриации останков Застрахованного до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания Застрахованного, указанной в договоре страхования.

4.3. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем:

4.3.1. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанное с:

- травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, полученным в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находившегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, а также за исключением тех случаев, когда договор страхования к моменту совершения покушения на самоубийство действует не менее 2 (двух) лет;
- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной или забастовками, стихийными бедствиями, террористическими актами;

4.3.2. получение медицинских и иных услуг:

- не предусмотренных договором страхования и Программой страхования;
- полученных в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных Страховщиком;
- не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;
- по окончании срока действия договора страхования, за исключением услуг, связанных с экстренной медицинской помощью в стационарных условиях Застрахованному, начавшейся в течение срока действия договора страхования, но не более чем за 15 (пятнадцать) календарных дней после окончания срока действия договора страхования, если иной срок не был согласован Страховщиком.

- 4.4. Обязательства Страховщика в части страховой выплаты распространяются на страховые случаи, произошедшие в течение срока действия договора страхования (периода страхования), при условии уплаты страховой премии в сроки и порядке, предусмотренные договором страхования.

5. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия. Франшиза.

- 5.1. Страховая сумма по договору страхования определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренного договором страхования и Программой страхования, и может быть установлена по соглашению сторон:
- для каждого Застрахованного лица;
 - по договору страхования;
 - по программе страхования;
 - по видам медицинской и (или) лекарственной помощи;
 - по отдельным заболеваниям.
- 5.2. Для определения размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы. Страховые тарифы определяют величину страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. При определении страхового тарифа учитываются следующие факторы и обстоятельства:
- срок страхования;
 - условия программы страхования;
 - тарифы медицинских организаций и сервисных компаний, включенных в программу страхования;
 - численность коллектива (Застрахованных);
 - половозрастной состав коллектива (Застрахованных);
 - состояние здоровья Застрахованных (наличие хронических заболеваний, инвалидности);
 - результаты проведенного медицинского анкетирования и (или) предварительного медицинского обследования;
 - наличие у Страховщика информации о медицинских затратах Застрахованных лиц;
 - характер производственной деятельности;
 - регионы пребывания Застрахованных;
 - удаленность от медицинских организаций;
 - территория страхования.
- 5.3. При этом Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применять или не применять к базовому страховому тарифу поправочные (повышающие и (или) понижающие) коэффициенты.
- 5.4. Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу, или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.
- 5.5. Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить договор страхования. Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им форме. Заявление, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования.

5.5.1. **Страхователи – юридические лица** предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- наименование организации с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес;
- номера телефона, факса, других средств связи;
- адрес электронной почты;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации – для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица;
- банковский идентификационный код – для кредитных организаций – резидентов;
- коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования);
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт);
- программа страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- сведения о Застрахованных лицах в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования).

Если Страхователь – иностранная структура без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);

- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования);
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт);
- программа страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- сведения о Застрахованных лицах в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования).

5.5.2. Страхователи – индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество Страхователя, дата и место его рождения, гражданство, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;
- адрес электронной почты;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- ИНН (при наличии);
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) – СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам;
- основной государственный регистрационный номер Страхователя;
- место государственной регистрации Страхователя;
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), спеллинг, индивидуальный корпоративный почтовый адрес Застрахованного лица;
- программа страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- сведения о Застрахованных лицах в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования).

5.5.3. Страхователи – физические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество Страхователя, дата и место его рождения, гражданство, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;

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

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

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

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

- заявление на страхование;

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

5.5.5. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
- сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.5.3);
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.5.3);
- сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица;
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;
- номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

5.6. Страховая премия может быть уплачена одновременно за весь период страхования или в рассрочку.

5.7. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов. Форма проведения расчетов определяется договором страхования с учетом действующих ограничений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования признается:

для Страхователей, являющихся юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями:

- при оплате в наличной форме – дата получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или уплаты денежных средств в кассу Страховщика;
- при оплате в безналичной форме – дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или представителя Страховщика.

Для Страхователей, являющихся физическими лицами:

- при оплате в наличной форме – момент внесения Страхователем наличных денежных средств Страховщику (представителю Страховщика) либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;
- при оплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета – момент внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;
- при оплате в безналичной форме – момент подтверждения исполнения распоряжения о переводе денежных средств обслуживающей Страхователя кредитной организацией.

- 5.8. Договором страхования может быть предусмотрено установление франшизы. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком. Франшиза может устанавливаться в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью, в случае если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Выжидательный период (временная франшиза) – период времени, установленный в договоре страхования, в течение которого предусмотренные договором страхования отдельные заболевания и (или) риски не признаются страховыми случаями.

Выжидательный период (временная франшиза) и соответствующие лимиты ответственности Страховщика могут быть установлены по соглашению сторон договора страхования при его заключении в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного и его готовности пройти медицинское освидетельствование в соответствии с требованиями Страховщика.

Если договором страхования предусмотрен выжидательный период (временная франшиза), то срок страхования (страховой защиты) в отношении определенного в договоре страхования заболевания и (или) риска начинается после окончания данного выжидательного периода (временной франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

6. Срок действия договора страхования

- 6.1. Даты начала и окончания срока действия договора указываются в договоре страхования.
- 6.2. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 6.3. Договором страхования может быть предусмотрен выжидательный период:
- для каждого Застрахованного лица;
 - по договору страхования;
 - по программе страхования;
 - по видам медицинской и (или) лекарственной помощи;
 - по отдельным заболеваниям,

и в таком случае Страховщик несет обязательства только по тем страховым случаям, которые произошли после окончания срока выжидательного периода.

7. Порядок обращения за медицинской помощью. Порядок определения страховой выплаты

- 7.1. Предоставление медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица соответственно в медицинские организации, аптечные организации, предусмотренные договором страхования или согласованные Страховщиком.
- 7.2. При обращении Застрахованного лица в медицинскую и (или) аптечную организацию, согласно требованиям указанных организаций, предъявляется договор страхования (страховой полис) и паспорт (либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица).
- 7.3. Для получения медицинских и (или) иных услуг Застрахованное лицо (Страхователь) обращается по круглосуточному телефону Страховщика, указанному в договоре страхования (страховом полисе).

- 7.4. Страховщик вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования и программой страхования. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.
- 7.5. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.
- 7.6. Страховая выплата производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинских услуг и (или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой страхования, непосредственно на счет медицинской организации, сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу.
- 7.7. При наступлении страхового случая величина размера убытка определяется объемом и стоимостью оказанных Застрахованному в течение срока действия договора страхования медицинской организацией услуг, определенных Программой страхования и (или) согласованных Страховщиком.
- 7.8. Страховщик вправе произвести возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им при оплате медицинских и (или) иных услуг, оказанных ему по согласованию со Страховщиком, и (или) лекарственных препаратов, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации, в связи с событием, предусмотренным пп. 4.2.1 и 4.2.2 настоящих Правил.
- 7.9. Сумма возмещения Застрахованному, если иное не установлено договором страхования, определяется в размере израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и (или) иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) средств на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные Застрахованным лицом расходы.
- 7.10. Для принятия решения о выплате страхового возмещения за оплаченные Застрахованным медицинские и (или) иные услуги и (или) медикаментозные средства, для оценки размера убытка Застрахованный обязан предоставить Страховщику следующие обязательные документы (в зависимости от конкретного страхового случая перечень документов может быть сокращен Страховщиком):
- оригинал заявления от имени Застрахованного лица;
 - оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, в том числе оригиналы кассового чека с копией приходного кассового ордера или квитанции, пронумерованной типографским способом, утвержденной Министерством финансов РФ как бланк строгой отчетности для расчетов с населением за медицинские и иные услуги без применения кассовых аппаратов;
 - оригинал товарного чека (за медицинскую помощь в амбулаторных и (или) стационарных условиях из медицинской организации, за лекарственные препараты медицинского применения и медицинские изделия);
 - счет из медицинской организации с указанием наименований, стоимости, дат оказания медицинских услуг, номера договора с медицинской организацией;
 - оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты услуг, связанных с медико-транспортными услугами и услугами по репатриации;
 - медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности его предоставления иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемое органами записи актов гражданского состояния, счета организаций, осуществляющих транспортировку, с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг и иные документы, подтверждающие оказание услуг;
 - копия направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных и (или) стационарных условиях из медицинской организации, предусмотренной программой страхования, заверенная надлежащим образом;

- оригинал выписки из медицинской карты больного (эпикриз) с указанием даты, полного диагноза, периода лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, описание рентген-снимка или рентген-снимки;
 - оригинал или копия договора страхования (страхового полиса);
 - документ, подтверждающий оплату страховой премии (страхового взноса);
 - документ, подтверждающий статус (родство) законного представителя Застрахованного лица;
 - копия документа, удостоверяющего личность законного представителя Застрахованного лица, если с заявлением на выплату страхового возмещения (или за выплатой страхового возмещения) обращается представитель Застрахованного лица;
 - надлежащим образом оформленную действующую доверенность, подтверждающую полномочия на подписание заявления (или на получение выплаты страхового возмещения), если с заявлением на выплату страхового возмещения (или за выплатой страхового возмещения) обращается представитель Застрахованного лица;
 - копия свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
 - лист назначений из медицинской организации, предусмотренной программой страхования (при выплате страхового возмещения в рамках объема лекарственной помощи);
 - копия лицензии (с приложением) медицинской организации, в которой Застрахованный проходил лечение, или разрешения на оказание платных медицинских услуг населению (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);
 - документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного, для перечисления выплаты страхового возмещения в безналичной форме (в случае если в заявлении о выплате страхового возмещения указан вариант осуществления выплаты страхового возмещения в безналичном порядке, а также распоряжение Страхователя (Застрахованного) о порядке осуществления выплаты страхового возмещения. Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Застрахованный);
 - копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (все заполненные страницы, в том числе страницы с Ф. И. О. и местом постоянной регистрации).
- 7.11. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнений.
- 7.12. В случае если условиями конкретного договора страхования (полиса) предусмотрена возможность представления Страхователем (Застрахованным лицом) информации и документов для получения страховой выплаты в электронном виде, в том числе в форме сканированных копий, Страхователь (Застрахованное лицо) может представить Страховщику документы, указанные в п. 7.10 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя). При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, в том числе полученных Страховщиком в форме сканированных копий по электронной почте, или затребовать у Страхователя (Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.
- 7.13. Застрахованный (законный представитель Застрахованного) обязан сообщить о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления этого события.
- 7.14. Возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, осуществляется только в случаях, предусмотренных договором страхования, или по предварительному согласованию со Страховщиком.

- 7.15. Срок рассмотрения документов исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о событии, обладающем признаками страхового случая, и всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами и/или договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов).
- 7.16. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п. 7.10 настоящих Правил:
- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет и утверждает страховой акт и осуществляет страховую выплату;
 - в случае непризнания произошедшего события страховым случаем принимает решение об отказе в выплате страхового возмещения, о чем письменно сообщает Страхователю (Застрахованному/Выгодоприобретателю) с указанием основания принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;
 - если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принять решение об отсрочке выплаты страхового возмещения до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, предусмотренных настоящими Правилами и препятствующих выплате, о чем письменно известить Страхователя (Застрахованного).
- 7.17. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным) неполного перечня документов, необходимых для принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, предусмотренных настоящими Правилами и (или) договором страхования и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик обязан:
- принять их, при этом срок, указанный в п. 7.15 Правил страхования, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
 - в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней, уведомить об этом подавшее заявление на выплату страхового возмещения лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.
- 7.18. Выплата страхового возмещения осуществляется по выбору Страхователя/Застрахованного наличными через кассу Страховщика, либо по безналичному расчету путем перечисления на банковский счет, указанный в заявлении о выплате страхового возмещения, либо иным способом по согласованию сторон.

8. Заключение договора страхования.

- 8.1. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя.
- 8.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.
- 8.3. В соответствии с главой 28, статьями 940, 943 ГК РФ договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора страхования), подписанного сторонами, либо путем вручения страхового полиса, подписанного Страховщиком, Страхователю посредством курьерской доставки или информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи страхового полиса (в том числе в форме электронного документа), содержащего настоящие Правила.
- 8.4. Для заключения договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо предоставляет следующие документы Страховщику:

- заявление о добровольном медицинском страховании для юридических лиц (Приложение № 2 к настоящим Правилам);
 - заявление-анкету о добровольном медицинском страховании для физических лиц (Приложение № 3 к настоящим Правилам);
 - список Застрахованных лиц;
 - копия доверенности (если документы подписывает представитель Страхователя);
 - документы по запросу Страховщика из числа предусмотренных п. 5.5 настоящих Правил.
 - Страховщик вправе сократить перечень документов и сведений, необходимых для заключения договора страхования.
- 8.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны факты и обстоятельства, указанные в п. 5.2 настоящих Правил, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.
- 8.6. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 8.5 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.
- 8.7. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах и не включенных в текст договора страхования, эти условия становятся обязательными для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и настоящие Правила изложены в одном документе с договором страхования (или на его оборотной стороне) либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.
- 8.8. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении любых отдельных положений настоящих Правил и о допнении настоящих Правил, если такие изменения и (или) исключения не противоречат законодательству Российской Федерации.
- 8.9. В зависимости от объема и комбинации медицинских и иных услуг, а также перечня медицинских организаций (аптечных организаций), предусмотренных договором страхования, Страховщик может присваивать медицинским и иным услугам в договорах страхования нумерацию/аббревиатуру/кодировку/катеорию/серию исключительно для их внутреннего использования и учета Страховщиком.
- 8.10. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемых на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.
- 8.11. Договор страхования в соответствии с п. 2 и 3 ст. 434 и ст. 940 Гражданского кодекса может быть составлен в виде электронного документа на основании заявления Страхователя, подписанного им простой электронной подписью, путем направления по электронному адресу Страхователя, указанному им в Заявлении, электронного страхового полиса, подписанного Страховщиком усиленной квалифицированной электронной подписью с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи». Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).
- 8.12. Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах, подтверждающим тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

- 8.13. Документами, наличие которых является необходимым для получения медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, предусмотренных договором страхования, являются договор страхования (страховой полис) (в том числе составленный в форме электронного документа), памятка (если она выдается в соответствии с условиями договора страхования).
- 8.14. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается, если иное не предусмотрено договором страхования. В случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные договором страхования, или оплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено договором страхования, договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении договора страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено договором страхования для оплаты страховой премии (страхового взноса, при уплате премии в рассрочку), а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты страховой премии (страхового взноса, при уплате премии в рассрочку), считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их через кассу Страховщика или в безналичном порядке. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя. В случае прекращения договора страхования по этой причине Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору. Оплаченный период страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования, срок действия которого составляет 1 год (365 дней), составляет:
- при уплате страховой премии двумя взносами первый оплаченный период страхования составляет 6 (шесть) месяцев, второй – 6 (шесть) месяцев;
 - при уплате страховой премии четырьмя взносами каждый оплаченный период страхования составляет 3 (три) месяца;
 - при уплате страховой премии двенадцатью взносами каждый оплаченный период страхования составляет 1 (один) месяц.
- 8.15. При утрате Застрахованным договора страхования (страхового полиса) он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг и (или) лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат договора страхования (страхового полиса).
- 8.16. В случае увеличения количества Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения их в список Застрахованных лиц (заключения в отношении этих лиц договора страхования) до окончания периода страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. Договор страхования считается заключенным в отношении принимаемых на страхование лиц с даты подписания Страхователем и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения, закрепляющего их состав в списке Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено договором страхования или вышеназванным дополнительным соглашением.
- 8.17. В случае исключения Застрахованных лиц из списка Застрахованных (расторжения в отношении этих лиц договора страхования) Страхователь предоставляет Страховщику сведения

о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты, указанной в дополнительном соглашении, закрепляющем исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено договором страхования.

- 8.18. Договор страхования заключается без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 статьи 945 Гражданского кодекса Российской Федерации. О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (заявляемое на страхование лицо) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении Договора страхования. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, Договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (Застрахованным) указанных требований. Прохождение медицинского обследования может потребоваться в случаях:

- наличия отягощенного анамнеза;
- наличия хронических заболеваний;
- наличия отклонений от нормы в предоставленных анализах;
- наличия заболеваний на момент заключения договора страхования;
- наличия группы инвалидности;
- если принимаемое на страхование лицо старше 60 лет;
- если страховая сумма более 10 000 000 рублей на одно Застрахованное лицо.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовываются с Застрахованным лицом.

- 8.19. Заключение договора страхования без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица не освобождает Страхователя от обязанности сообщать достоверные данные о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание договора при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.

9. Прекращение договора страхования.

- 9.1. Договор страхования прекращается в случае:

- 9.1.1. истечения срока действия договора страхования;
- 9.1.2. досрочного исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме перед Страхователем/Застрахованным;
- 9.1.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 9.1.4. смерти Застрахованного лица – в части страхования этого лица;
- 9.1.5. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено договором страхования, договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по договору страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении договора страхования;
- 9.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

- 9.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя с письменным уведомлением Страховщика.
- 9.2.1. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования до даты начала действия срока страхования, предусмотренного договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.
- 9.2.2. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) с момента заключения договора страхования, но после даты начала срока страхования, предусмотренного договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.
- 9.3. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
- 9.4. При досрочном расторжении договора страхования возврат части страховой премии производится в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями настоящих Правил и договора страхования.
- 9.5. При отказе Страхователя от договора страхования в случаях, предусмотренных пп. 9.2.1, 9.2.2 настоящих Правил, денежные средства подлежат возврату по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от договора страхования.
- 9.6. В случае если договором страхования предусмотрен возврат части неиспользованной страховой премии при досрочном расторжении договора страхования (за исключением случаев, предусмотренных пп. 9.2.1, 9.2.2, 9.3 настоящих Правил), Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от договора страхования осуществляет возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования. Возврат страховой премии или ее части не производится, в случае если после вступления договора страхования в силу имели место события, обладающие признаками страхового случая, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 9.7. Договор страхования может быть прекращен в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц.
- 9.8. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования).

10. Права и обязанности сторон.

- 10.1. Страховщик обязан:
- 10.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами;
- 10.1.2. обеспечить своевременное вручение страховых документов, предусмотренных договором страхования, Страхователю (Застрахованным лицом), а при их утрате – выдать дубликат;
- 10.1.3. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, лекарственной помощи, предусмотренных условиями договора страхования;

- 10.1.4. осуществить страховую выплату в порядке и сроки, предусмотренные настоящими Правилами или договором страхования;
- 10.1.5. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц;
- 10.1.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными лицами);
- 10.1.7. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, однократно предоставить Страхователю копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, программ, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), по действующим договорам страхования бесплатно.
Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);
- 10.1.8. по требованиям Страхователя/Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и договоре страхования;
- 10.1.9. при заключении договора страхования предоставлять Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования, полисные условия, дополнительные условия, программы страхования и т.п.
- 10.1.10. в случае если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета. По запросу Страхователя/Застрахованного, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными договором страхования и (или) Правилами страхования:
- обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/Застрахованный обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
 - о форме и способах осуществления выплаты страхового возмещения и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/Застрахованного на получение выплаты страхового возмещения удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования;
- 10.1.11. по запросу Страхователя/Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о выплате страхового возмещения предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы выплаты страхового возмещения;
- 10.1.12. по письменному запросу Страхователя/Застрахованного в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о выплате страхового возмещения.
Исключение составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного, направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;

- 10.1.13. по письменному запросу Страхователя/Застрахованного в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по одному событию предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного, направленных на получение выплаты страхового возмещения, обосновывающие решение об отказе. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.
- 10.1.14. обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя/Застрахованного, связанных с исполнением условий договора страхования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик и/или определенном в договоре страхования.
- 10.2. Страховщик имеет право:**
- 10.2.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования;
 - 10.2.2. прекратить предоставление медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения (отказать в выплате страхового возмещения) при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования;
 - 10.2.3. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем условий договора страхования в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;
 - 10.2.4. потребовать изменения условий договора страхования в случае выявления в течение срока действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска. При несогласии Страхователя на такие изменения потребовать досрочно прекратить договор страхования;
 - 10.2.5. ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения, защитой прав Застрахованного лица;
 - 10.2.6. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья, для оценки фактического состояния его здоровья.
- 10.3. Страхователь обязан:**
- 10.3.1. предоставить полную и достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска и заключения договора страхования;
 - 10.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования;
 - 10.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования;
 - 10.3.4. при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, незамедлительно уведомить о его наступлении Страховщика, если иное не предусмотрено договором страхования. Эта обязанность может быть выполнена Застрахованным лицом;
 - 10.3.5. сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии или страховых взносов (при уплате страховой премии в рассрочку), и предъявлять их по требованию Страховщика;
 - 10.3.6. предоставить по запросу Страховщика письменные согласия от Застрахованных лиц на обработку их персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком;
 - 10.3.7. письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, предоставив

заявление о прекращении действия договора страхования в отношении такого Застрахованного лица;

10.3.8. обеспечить сохранность документов по договору страхования.

10.4. Страхователь имеет право:

- 10.4.1. требовать от Страховщика организации и оплаты оказания медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения в соответствии с условиями договора страхования;
- 10.4.2. изменять список Застрахованных лиц, при этом Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика;
- 10.4.3. досрочно расторгнуть договор страхования, в том числе в отношении части Застрахованных лиц (конкретного Застрахованного лица);
- 10.4.4. по соглашению со Страховщиком расширить или сужать перечень медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, а также перечень медицинских и аптечных организаций, заключив дополнительное соглашение и уплатив дополнительную страховую премию (в случае расширения программы);
- 10.4.5. получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования;
- 10.4.6. по запросу однократно получить бесплатно по одному договору страхования заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы Права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

10.5. Застрахованное лицо имеет право:

- 10.5.1. на получение медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, а также иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования;
- 10.5.2. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения, предусмотренных договором страхования;
- 10.5.3. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;
- 10.5.4. на получение дубликата страховых документов в случае их утраты.

10.6. Застрахованное лицо обязано:

- 10.6.1. соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка медицинской организации;
- 10.6.2. при получении страховой документации ознакомиться и удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;
- 10.6.3. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения, защитой прав Застрахованных;
- 10.6.4. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинскими организациями процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным и ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима;
- 10.6.5. по запросу Страховщика для оценки фактического состояния здоровья пройти медицинское анкетирование и/или медицинское обследование и/или предоставление документов, подтверждающих состояние здоровья.
- 10.6.6. обеспечить сохранность страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения.

- 10.7. Договором страхования или программой страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон договора страхования.

11. Прочие условия.

- 11.1. Заключая (подписывая) договор страхования и (или) предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные (Ф. И. О., дата рождения, паспортные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, и другие сведения, предусмотренные формой договора страхования), Страхователь, Застрахованный своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами приняли решение о предоставлении своих персональных данных (далее – «ПД») и дают согласие Оператору ПД – Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН страховщика указаны в договоре страхования) на обработку своих персональных данных в целях:
- 11.1.1. подготовки заявления о заключении договора страхования;
 - 11.1.2. формирования и дальнейшего исполнения договора страхования;
 - 11.1.3. продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе (но не ограничиваясь) по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты (почтовый ящик));
 - 11.1.4. поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров;
 - 11.1.5. поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика. Обработка персональных данных включает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.
Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Застрахованных, указанных в договоре страхования.
Настоящее согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет либо до момента его отзыва.
- 11.2. Отзыв данного согласия осуществляется по письменному заявлению в адрес Страховщика, указанный в договоре страхования. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.
- 11.3. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам (в том числе медицинским организациям для целей осуществления необходимых медицинских обследований, лечения, медицинского осмотра), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящей Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским организациям, где Страхователь (Застрахованное лицо)

получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну (далее – врачебная тайна). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

- 11.4. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении.
- 11.5. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 11.6. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанным в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:
 - в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
 - почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
 - по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения.

Если в заявлении о выплате страхового возмещения или договоре страхования не указан способ уведомления Страхователя, то уведомление осуществляется путем направления СМС-сообщения на номер телефона, указанный в договоре страхования; при отсутствии номера телефона – простым или заказным письмом по адресу, указанному в договоре страхования, либо по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан – с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

- 11.7. В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется в течение 7 (семи) рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Застрахованное лицо).

12. Порядок разрешения споров

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