

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)**

УТВЕРЖДЕНО



Приказом Генерального директора
ООО Страховая Компания «Гелиос»
№ 44 от «10» марта 2020 г.

А.С. Глухов

Предыдущие редакции утверждены:
Пр. № 14 от 25.01.2018г.,
Пр. № 306 от «28» декабря 2017 г.,
Пр. № 75 от «26» апреля 2016 г.

ПРАВИЛА

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ ВПЕРВЫЕ
ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

1. Общие положения. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховой риск. Страховой случай. События, не являющиеся страховым риском,
страховым случаем
4. Страховая сумма
5. Страховой тариф. Страховая премия
6. Срок страхования
7. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования
8. Страховая выплата
9. Права и обязанности сторон
10. Последствия изменения страхового риска
11. Порядок внесения изменений и дополнений в договор страхования
12. Порядок разрешения споров
13. Особые условия

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования от впервые диагностированных критических заболеваний (далее - Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), именуемое в дальнейшем Страховщик, осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает договоры страхования с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи.

1.2. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут согласовать изменение, дополнение или исключение отдельных положений настоящих Правил в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

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

1.4. В соответствии с настоящими Правилами договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных физических лиц.

1.5. Субъекты страхования:

Страховщик – страховая организация ООО Страховая Компания «Гелиос», созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров и доверенностей.

Страхователь – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования в соответствии с настоящими Правилами. Страхователь - физическое лицо может также являться Застрахованным лицом по договору.

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

1.6. В целях исполнения принятых на себя по договорам страхования обязательств, Страховщик может заключать договоры с медицинскими, фармацевтическими, экспертными организациями, сервисными компаниями и иными организациями.

1.7. Страхование лиц, попадающих на момент заключения договора страхования в одну из нижеуказанных категорий возможно только по письменному заявлению о страховании, в котором должно быть отражено отнесение лица к нижеуказанной категории:

- ВИЧ инфицированные, лица, состоящие на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которым присвоены 1 или 2 группа инвалидности;
- лица, страдающие лучевой болезнью, или ее осложнениями;
- лица, больные заболеваниями сердечно – сосудистой системы (включая инфаркт миокарда, перенесенное аортокоронарное шунтирование, загрудинные боли при повышенной физической активности, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в том числе пороки) клапанов сердца, шумы в сердце или ревматизм; инсульт, мозговое кровоизлияние, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы);

- лица, больные онкологическим заболеванием (любым злокачественным или предраковым образованием, папилломой мочевого пузыря, полипозом кишечника, болезнью Крона, Ходжкина, спленомегалией, раком *in situ* или любыми патологическими изменениями органов и тканей (дисплазии), имеющими высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковыми изменениями молочных желез или женских половых органов, простаты; любыми видами опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга, лейкоз (лейкоз) либо другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью свыше 1 месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов);

- лица, состоящие на учете в кожно-венерологическом диспансере;

- лица, находящиеся на момент заключения договора страхования на стационарном лечении;

– лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, состоящие на учете в наркологическом диспансере;

– лица, состоящего на учете в психоневрологическом диспансере.

Страховщик имеет право исключить из страхования существующие ранее хронические заболевания, явные симптомы которых проявлялись у Застрахованного лица в течение предшествующих 10 (десяти) лет или по поводу которых осуществлялось лечение в течение того же срока.

1.8. Если Страхователь письменно не уведомил Страховщика о наличии у лица, включенного договор страхования в качестве Застрахованного лица, заболевания и (или) инвалидности, предусмотренных п. 1.7 настоящих Правил, объект страхования по такому договору является несогласованным его сторонами, и договор страхования в соответствии со ст.ст. 432, 942 Гражданского кодекса Российской Федерации является незаключенным.

1.9. Лица, имеющие заболевания, предусмотренные Приложением 1 к настоящим Правилам, не могут быть застрахованы в соответствии с настоящими Правилами в связи с невозможностью первичного диагностирования у них указанных заболеваний.

1.10. Термины и определения, применяемые в настоящих Правилах, приведены в настоящем пункте ниже. Если значение какого-либо термина или определения не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такой термин или определение используется в своем обычном лексическом значении.

1.10.1 Медицинские организации - юридические лица независимо от организационно-правовой формы, частнопрактикующие врачи, осуществляющие в качестве основного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии (разрешения), выданной(го) в порядке, установленном законодательством страны, где они осуществляют медицинскую деятельность, привлекаемые Страховщиком для оказания медицинской помощи Застрахованным лицам.

1.10.2. Фармацевтические (аптечные) организации - юридические лица независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация), получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление фармацевтической деятельности.

1.10.3. Сервисные компании - юридические лица, оказывающие по договору, заключенному со Страховщиком, сервисные услуги по организации оказания медицинской помощи, медико-транспортных и иных услуг, услуг по репатриации Застрахованных лиц, а также оказывающие экспертные услуги Страховщику.

1.10.4. Экспертные организации - юридические лица, индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию (разрешение) на соответствующий вид деятельности, если условием осуществления данного вида деятельности является наличие лицензии (разрешения), предоставляющие Страховщику экспертные и консультативные услуги.

1.10.5. Иные организации - юридические лица, индивидуальные предприниматели, производящие и осуществляющие продажу товаров, выполнение работ и оказание услуг медицинского характера (в том числе торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием).

1.10.6. Медико-транспортные услуги - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям, в соответствии с договором страхования и предусмотренной им Программой страхования.

1.10.7. Репатриация - перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не являлось гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он являлся. Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела к перевозке, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Услуги по организации похорон и погребению в соответствии с настоящими Правилами не возмещаются.

1.10.8. Иные услуги - услуги, связанные с организацией и оказанием медицинской помощи, включенные в Программу страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в медицинской организации (включая питание и иные сервисные услуги); оформление медицинской документации; информационные услуги, связанные с организацией и оказанием медицинской помощи.

1.10.9. Заболевание - любые нарушения в состоянии здоровья человека, диагностированные и подтвержденные врачом, имеющим выданное в соответствии с действующим законодательством

разрешение на осуществление медицинской деятельности. Заболевание включает в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если заболевание прямо или опосредованно возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

1.10.10. Критическое заболевание – предусмотренное Приложением 1 к настоящим Правилам заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица или симптомы которого впервые были зафиксированы в медицинских документах Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (периода страхования), подтвержденное по требованию Страховщика вторым медицинским мнением, выявление которого повлекло необходимость оказания ему медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных Программой страхования. Если договором страхования в соответствии с п. 1.10.23 настоящих Правил предусмотрена временная франшиза, то затраты на медицинскую помощь и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу по его обращению вследствие критического заболевания, которое было диагностировано, или первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах, а также проведение профилактических мероприятий в течение срока временной франшизы, не подлежат возмещению Страховщиком.

1.10.11. Госпитализация - круглосуточное пребывание Застрахованного лица в медицинской организации для проведения лечения.

1.10.12. Альтернативная медицина - системы, практики и продукты в области медицины и здравоохранения, которые не считаются частью официальной (классической, конвенциональной, общепринятой) медицины или её методов лечения и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. К альтернативной медицине относятся следующие методы, включая, но не ограничиваясь: акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатическая, натуропатическая и остеопатическая медицина.

1.10.13. Сопровождающее лицо – лицо, сопровождающее Застрахованное лицо к месту проведения лечения и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного лица за пределами постоянного места жительства. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные договором страхования, в отношении только одного сопровождающего лица, независимо от того, сколько лиц фактически будут сопровождать Застрахованное лицо.

1.10.14. Экспериментальный метод лечения - лечение, процедура, терапевтический курс, оборудование, медицинский препарат или иное изделие медицинского назначения, которые не были признаны безопасными, эффективными и пригодными для лечения заболеваний или травм государственными органами по контролю в сфере здравоохранения, или которые находятся на стадии исследования, изучения, тестирования или любой стадии экспериментальных работ в клинических условиях.

1.10.15. Препарат - любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, улучшения, изменения физиологических функций или установления медицинского диагноза путем осуществления фармакологического, иммунологического или метаболического действия, которые могут приобретаться только по рецепту врача и выдаваться лицензированной фармацевтической организацией. Рецепт, выданный на препарат под торговым наименованием, действует в отношении международного непатентованного названия препарата, содержащего аналогичные компоненты, аналогичной эффективности и с аналогичной дозировкой, как и у патентованного препарата.

1.10.16. Протез - устройство, которое заменяет весь орган или его часть, а также частично или полностью заменяет неработоспособную или плохо функционирующую часть тела.

1.10.17. Предшествующие состояния - любые заболевания, которые были диагностированы, лечились или проявились зафиксированными в медицинских документах симптомами в течение 10 (десяти) лет до даты уведомления Застрахованным лицом о событии, обладающем признаками страхового риска.

1.10.18. Второе медицинское мнение – дополнительное медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, правильности постановки диагноза и наличия медицинских показаний к проведению лечения, содержащее рекомендации по последующему курсу лечения, подготовленное врачом или врачебной комиссией, осуществляющими медицинскую деятельность на законных основаниях (в том числе вне территории Российской Федерации). Второе медицинское мнение выдается врачом (врачебной комиссией) медицинской организации, выбранной Страховщиком исходя из характера

клинической проблемы, материально-технического оснащения, диагностической базы, укомплектованности квалифицированными кадрами и иных возможностей конкретной медицинской организации. Второе медицинское мнение выдается на основании медицинских документов, подтверждающих установление Застрахованному лицу диагноза критического заболевания.

1.10.19. Лимит выплат (лимит возмещения) - максимально возможная сумма страховой выплаты по отдельным рискам и (или) по одному или нескольким страховым случаям, по любому иному признаку, установленная договором страхования.

1.10.20. Программа страхования – условия договора страхования о перечне и объеме медицинской помощи и иных услуг, а также порядке их оказания. Программа страхования может также содержать конкретный перечень медицинских, сервисных и иных организаций, в которых Застрахованное лицо в соответствии с условиями договора страхования может получить медицинские и (или) иные услуги, а также индивидуальные условия и порядок оказания медицинских и иных услуг.

Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил Программы страхования содержат общие условия добровольного медицинского страхования и возможные виды медицинской помощи и иных услуг, предоставляемых Застрахованным лицам. Программы страхования формируются Страховщиком по согласованию со Страхователем при заключении договора страхования и являются его неотъемлемой частью. Перечень медицинской и иной помощи по договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

1.10.21. Договор индивидуального страхования – договор страхования, заключенный в отношении единственного Застрахованного лица.

1.10.22. Договор коллективного страхования – договор страхования, заключенный в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя, или объединены иным общим признаком, помимо включения в состав Застрахованных лиц по договору страхования.

1.10.23. Франшиза – часть затрат (убытков), которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается 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).

В договоре страхования также может быть установлена временная франшиза в виде периода времени со дня вступления договора страхования в силу или другого дня. Затраты на медицинскую помощь и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу по его обращению вследствие критического заболевания, которое было диагностировано, или первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах, а также проведение профилактических мероприятий в течение срока временной франшизы, не подлежат возмещению Страховщиком.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы и даны их понятия.

Размер франшизы определяется по согласованию Страховщика и Страхователя. Если иное не предусмотрено договором страхования, временная франшиза в части обращения Застрахованного лица в медицинскую и (или) иную организацию в связи с возникновением критического заболевания за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) помощи и иных (в том числе транспортных, сервисных) услуг, а также проведение профилактических мероприятий устанавливается как первые 180 (сто восемьдесят) календарных дней со дня вступления в силу договора страхования в отношении лица, впервые назначенного Страхователем Застрахованным лицом по договору индивидуального страхования или включенного в список Застрахованных лиц по договору коллективного страхования.

1.10.24. Дата начала действия страхования, дата вступления договора страхования в силу - дата возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования.

1.10.25. Срок действия договора страхования – срок, на который заключен договор страхования, в течение которого могут наступить страховые случаи, предусмотренные настоящими Правилами.

1.10.26. Период страхования (срок страхования) - период времени в пределах срока действия договора страхования, в течение которого могут наступить страховые случаи, и за который уплачена

страховая премия или первый страховой взнос. Срок страхования может не совпадать со сроком действия договора страхования.

1.10.27. **Сайт Страховщика** – официальный сайт ООО Страховая Компания «Гелиос» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела. Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.11. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

При этом размещение указанной информации на официальном сайте не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем Страховщика или третьим лицом, действующим от имени Страховщика. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

1.12. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, которому впервые диагностировано критическое заболевание, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМ РИСКОМ, СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ

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

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном договором страхования, при этом все события, произошедшие вследствие одной и той же причины, будут считаться одним страховым случаем.

3.2. Страховым риском является вероятное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (периода страхования) в связи с возникновением критического заболевания в медицинскую и (или) иную организацию, предусмотренную договором страхования, либо по направлению Страховщика за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) помощи и иных (в том числе транспортных, сервисных) услуг, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья

Застрахованного лица угроз возникновения критического заболевания и (или) устраняющих их в соответствии с договором страхования, повлекшее обязательство Страховщика произвести оплату указанной медицинской помощи и иных услуг.

3.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (периода страхования) в связи с возникновением критического заболевания в медицинскую и (или) иную организацию, предусмотренную договором страхования, либо по направлению Страховщика за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) помощи и иных (в том числе транспортных, сервисных) услуг, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз возникновения критического заболевания и (или) устраняющих их в соответствии с договором страхования, повлекшее обязательство Страховщика произвести оплату указанной медицинской помощи и иных услуг. Страховщик оплачивает медицинскую помощь и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в связи с критическим заболеванием в течение 180 (ста восьмидесяти) дней с момента обращения Застрахованного лица за указанной медицинской помощью и иными услугами.

3.4. Не являются страховыми рисками, страховыми случаями, и Страховщик не производит страховые выплаты, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую или иную организацию:

3.4.1. Вследствие заболевания, которое было диагностировано, или лечение которого проводилось, или симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах в течение 10 (десяти) лет до даты заключения первого договора страхования (при непрерывном страховании на протяжении нескольких лет) в отношении данного Застрахованного лица.

3.4.2. Вследствие заболевания, которое было диагностировано или лечение которого проводилось непрофильным специалистом.

3.4.3. Вследствие заболевания Застрахованного лица ВИЧ, СПИД, или явившегося следствием ВИЧ, СПИД.

3.4.4. Вследствие участия Застрахованного лица в следственных мероприятиях или нахождения его в следственном изоляторе или в местах лишения свободы.

3.4.5. Вследствие совершения Застрахованным лицом противоправных действий.

3.4.6. Вследствие прохождения Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах и учениях, если договором страхования не предусмотрено иное.

3.4.7. Вследствие террористических актов, стихийных бедствий, официально объявленных эпидемий.

3.4.8. Вследствие алкоголизма, наркомании, токсикомании или интоксикации, явившихся прямо или косвенно результатом приема алкоголя или психотропных, наркотических или галлюциногенных веществ.

3.4.9. За получением медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного лица, или без медицинских показаний.

3.4.10. Для лечения и приема лекарств (процедур), которые не являлись обоснованными и необходимыми с медицинской точки зрения, а также оказания услуг, не имевших лечебных целей.

3.4.11. Для любых повторных медицинских услуг, аналогичных проведенным ранее в другой медицинской организации в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, письменно согласованных со Страховщиком.

3.4.12. Для лечения и приема лекарств (процедур), включая пребывание в стационаре или амбулаторное лечение, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры.

3.4.13. Вследствие заболевания (осложнения, состояния), возникшего в результате того, что Застрахованное лицо не следовало предписанным лечебным назначениям или не явилось на назначенный ему прием к врачу.

3.4.14. Для получения любых медицинских услуг, процедур, консультаций и иного лечения, которые носят научно-исследовательский или экспериментальный характер (экспериментальное лечение).

3.4.15. Для проведения операции, проводимой в сугубо эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи с критическим заболеванием.

3.4.16. Для любого лечения или процедуры, которые способствуют или предотвращают зачатие; аборта или преждевременного родоразрешения, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность.

3.4.17. Для получения очков, контактных линз, слуховых аппаратов, слуховых имплантантов, визуальной терапии, или для любого осмотра или подбора подобных устройств.

3.4.18. Вследствие лечения заболеваний, при которых показана трансплантация органа.

3.4.19. Вследствие лечения любого заболевания, вызванного трансплантацией органа, за исключением случаев, когда данное заболевание отнесено настоящими Правилами к критическим заболеваниям.

3.4.20. Для ухода и лечение выпадения волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они врачом или нет.

3.4.21. Для содержания и медицинского ухода на дому либо для получения восстановительно-реабилитационных услуг, услуг хосписа либо дома для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения критического заболевания.

3.4.22. Для приобретения (получения напрокат) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез или протезов клапанов сердца, требующихся в результате хирургической операции, организованной и оплаченной по договору страхования.

3.4.23. Для приобретения (получения напрокат) инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования.

3.4.24. Для лечения методами альтернативной медицины, даже если такие меры специально прописаны врачом.

3.4.25. Для получения медицинского ухода или обеспечения мер предосторожности в случаях церебрального синдрома, старческой немощи или церебрального нарушения, независимо от их стадии.

3.4.26. Для получения услуг переводчиков, телефонной связи и иных услуг, не относящихся к медицине, либо оказываемых родственникам и сопровождающим лицам Застрахованного лица.

3.4.27. Рака кожи (за исключением злокачественных меланом).

3.5. Страховыми рисками, страховыми случаями не являются и не возмещаются Страховщиком:

3.5.1. Любые лекарственные препараты, которые были приобретены у организации, не имеющей лицензии (разрешения) на осуществление фармацевтической деятельности, либо приобретенные без рецепта врача.

3.5.2. Любые расходы, понесенные Застрахованным лицом или его родственниками и сопровождающими лицами, за исключением расходов, прямо указанных в договоре страхования.

3.5.3. Любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными.

3.5.4. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от определенного Страховщиком отеля до больницы либо лечащего врача.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном договором страхования порядке, произвести страховую выплату.

4.2. Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного Программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на страховой риск.

4.3. Страховая сумма может устанавливаться по Программе страхования в целом или по совокупности Программ страхования, либо договором страхования могут быть установлены лимиты выплат по отдельным Программам страхования, заболеваниям, видам медицинской помощи, медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского

назначения или их различной совокупности, предусмотренных Программой страхования, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно, по любому иному признаку.

4.4. В договоре страхования может быть предусмотрена франшиза.

4.5. Сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным договором страхования, не может превышать установленный данным договором страхования размер страховой суммы.

4.6. В течение срока действия договора страхования (периода страхования) Страхователь и Страховщик могут согласовать изменение размера страховой суммы по договору страхования в целом или отдельных лимитов выплат. При увеличении страховой суммы (лимитов выплат) оформляется дополнительное соглашение к договору страхования и Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, рассчитанную Страховщиком.

4.7. Страховая сумма по договору страхования может устанавливаться как в российских рублях, так и в любой иностранной валюте (валютном эквиваленте), в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. По соглашению сторон в договоре страхования может быть указана страховая сумма в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте.

4.8. В случае, если страховая сумма установлена в валютном эквиваленте и договором страхования прямо не предусмотрено иное, при определении страховой суммы в рублях применяется курс, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

5. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. 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 страховых сумм и лимитов выплат, срока страхования, пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного лица, перечня видов медицинской помощи, предусмотренных Программой страхования, наличия франшизы и ее размера.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

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

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

5.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

5.4. Размер страховой премии исчисляется исходя из размера страховой суммы по договору страхования, базовых страховых тарифов, срока страхования, франшизы и особенностей объекта страхования. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные (понижающие и повышающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска – возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности Застрахованного лица, общего количества Застрахованных лиц по договору страхования, срока действия договора страхования (периода страхования), установленного договором страхования, франшизы и других обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска.

5.5. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку путем наличных и безналичных расчетов. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Если договор страхования выдается Страхователю после полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком договоре не является обязательным.

5.6. Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

– при уплате наличными денежными средствами – день поступления страховой премии (первого страхового взноса) в кассу Страховщика;

– при уплате по безналичному расчету - день поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.7. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена надлежаще уполномоченному

представителю Страховщика. В этом случае днем уплаты страховой премии (страховых взносов) является день ее получения надлежаще уполномоченным представителем Страховщика.

5.8. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

5.9. В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования Страховщик вправе произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом обстоятельств, влияющих на величину страхового риска (в том числе, возраста, пола и состояния здоровья нового Застрахованного лица), и, при необходимости, потребовать доплаты страховой премии.

5.10. В случае установления отдельных периодов страхования в договоре страхования при его заключении, расчет страховой премии производится отдельно для каждого периода страхования.

5.11. Если договором страхования не установлено иное, возврат страховой премии по договору страхования или ее части осуществляется:

– в случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной оплате) или ее первого взноса (при оплате в рассрочку) – в течение 60 (шестидесяти) дней после получения;

– переплаты страховой премии – в течение 60 (шестидесяти) дней после получения;

– в случае признания договора страхования недействительным – в течение 60 (шестидесяти) дней после вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное;

– в случае если договор страхования является незаключенным – в течение 60 (шестидесяти) дней после выявления факта незаключения договора страхования;

– в случаях досрочного прекращения договора страхования, для которых настоящим договором предусмотрен возврат части страховой премии, – в течение 60 (шестидесяти) дней после досрочного прекращения договора страхования.

5.12. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

5.13. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии (очередного страхового взноса) наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету, но не менее, чем по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

При уплате страховой премии в рассрочку очередная часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного страхового взноса, но не менее, чем по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на согласованный сторонами срок. Срок действия договора страхования (периоды страхования) указываются в договоре страхования.

6.2. В случае заключения договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При этом неполный месяц принимается за полный.

6.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 24 часов 00 минут дня оплаты страховой премии (первого страхового взноса). Если страховая премия (первый страховой взнос) не была оплачена в установленные договором страхования срок и размере договор страхования является не вступившим в силу.

Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как день окончания срока действия договора страхования.

6.4. В договоре страхования в пределах срока действия договора страхования могут быть предусмотрены периоды страхования, в течение которых действует страхование, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

Страхование действует только в течение тех периодов, за которые страховая премия была уплачена до начала каждого такого периода.

6.5. Действие договора страхования прекращается по истечении указанного в нем срока страхования, а также может быть прекращено досрочно в соответствии с условиями, оговоренными в п. 7.15 настоящих Правил.

6.6. При наличии в договоре страхования условий об оплате страховой премии в рассрочку:

6.6.1. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- досрочное прекращение договора страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если в качестве последствий договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в договоре страхования.

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

6.6.2. Если договором страхования в качестве последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме предусмотрено досрочное прекращение договора, договор страхования прекращается со дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен. При этом страховая премия, уплаченная до просрочки очередного взноса, считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договором страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного договором страхования события (страхового случая), совершившегося в течение срока действия договора страхования (периода страхования), осуществить страховую выплату в счет оплаты организации и оказания необходимых Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг.

7.2. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

В договоре страхования (страховом полисе) подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа. При этом в случае направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями,

содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

Договор страхования может быть также заключен путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго п. 1 ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.3. По договору коллективного страхования Застрахованные лица могут указываться в списке застрахованных лиц, являющемся приложением к договору страхования. В списке застрахованных лиц для каждого Застрахованного лица может быть указана отдельная страховая сумма и срок страхования. При этом, по желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы на каждое Застрахованное лицо.

7.4. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя с учетом положения п. 1.7 настоящих Правил.

7.5. Для заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставить:

7.5.1. Заявление о страховании, содержащее сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, включая информацию о заболеваниях, состояниях, перечисленных в пункте 1.7 настоящих Правил.

По требованию Страховщика физическое лицо, подлежащее страхованию (или его законный представитель), обязано предоставить по установленной Страховщиком форме:

- анкету (декларацию) о здоровье Застрахованного лица;
- медицинские документы лица, подлежащего страхованию;
- письменное согласие на передачу Страховщику сведений, составляющих врачебную тайну, медицинскими организациями, в которых Застрахованное лицо проходило лечение или диагностику.

Необходимость предоставления письменного заявления о страховании и указанных документов определяется по усмотрению Страховщика исходя из его андеррайтерских процедур, факторов риска, конкретной Программы страхования, а также с учетом положения п. 1.7 настоящих Правил.

7.5.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (его представителя), учредительные документы Страхователя – юридического лица, документы подтверждающие полномочия представителя юридического лица.

7.6. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести освидетельствование лица, подлежащего страхованию, для оценки фактического состояния его здоровья.

Если Страховщик считает необходимым проведение освидетельствование лица, подлежащего страхованию, он выдает лицу, обратившемуся с заявлением о страховании, направление на освидетельствование с указанием даты, времени и места освидетельствования. Лицу, лично обратившемуся к Страховщику с заявлением о страховании, направление на освидетельствование выдается на руки, в получении которого лицо, обратившееся с заявлением о страховании, расписывается на втором экземпляре (копии) направления на освидетельствование или в письменном заявлении о страховании. Лицу, обратившемуся с заявлением о страховании по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет», Страховщик направляет уведомление о проведении освидетельствования соответственно по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

7.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, заявлении о страховании, анкете о состоянии здоровья Застрахованного лица, или в письменном запросе Страховщика.

7.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, указанные в заявлении (анкете), об обстоятельствах, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.9. В соответствии с действующим законодательством Страховщик вправе обмениваться со Страхователем информацией в электронной форме, принять созданную и отправленную Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информацию в электронной форме (заявления о страховании,

уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения договора страхования, для получения страховой выплаты.

7.10. Информация, которая поступила к Страховщику для принятия решения о заключении договора страхования, является строго конфиденциальной.

7.11. Программа страхования по договору страхования формируется по согласованию Страхователя и Страховщика на основании Программ страхования, являющихся приложением к настоящим Правилам.

7.12. Страхователь обязан сообщить Страховщику сведения, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования, по требованию Страховщика заполнить анкету.

7.13. В случае необходимости увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения необходимые для оценки страхового риска, в объеме, предусмотренном настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующую страховую премию за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия договора страхования.

7.14. Страховщик предоставляет Страхователю информацию о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

При заключении договора страхования Страховщик информирует Страхователя об условиях, на которых заключается договор страхования, настоящих Правилах планах, графиках, дополнительных условиях страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования); об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, размере страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов); о сроках рассмотрения обращений Страхователя относительно страховой выплаты.

7.15. Договор страхования прекращает действие досрочно:

7.15.1. В случае смерти Застрахованного лица (в отношении данного Застрахованного лица).

7.15.2. В случае выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (выплаты полной страховой суммы, установленной договором страхования в отношении Застрахованного лица).

7.15.3. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, когда Страхователем уплачена страховая премия по договору страхования в полном размере или если Застрахованное лицо приняло на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов.

7.15.4. По соглашению сторон – с даты подписания такого соглашения или с даты, указанной в данном соглашении.

7.15.5. В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая – с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, или иной даты, установленной по соглашению сторон.

Страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования. Страховая премия перечисляется Страхователю или выплачивается в кассе Страховщика на основании заявления Страхователя.

Подтверждением направления письменного заявления в срок является документ, содержащий дату регистрации Страховщиком заявления Страхователя об отказе от договора страхования (при обращении Страхователя в офис Страховщика) либо дату почтового штемпеля отправителя (при направлении Страхователем документов на адрес Страховщика средствами почтовой связи).

Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу уплаченную страховую премию в случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. При этом если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (до даты начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме, а если после даты начала действия страхования - Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю – физическому лицу вправе удержать ее часть

пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

7.15.6. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и (или) размере, если договором страхования не предусмотрены иные последствия неуплаты – в срок, указанный в п. 6.6.2 настоящих Правил.

7.15.7. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.16. Если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.17. При досрочном прекращении договора страхования в связи с отказом от него Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица, кроме случая, предусмотренного п. 7.15.5 настоящих Правил, возврат части страховой премии за неистекший срок страхования не производится, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.18. Если в случае отказа Страхователя от договора страхования, кроме случая, предусмотренного п. 7.15.5 настоящих Правил, договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок действия договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов и произведенных страховых выплат, если договором страхования не предусмотрено иное.

Размер части страховой премии, подлежащей возврату, определяется по формуле:

$$\text{Пвоз} = \text{Попл} * \% \text{ нетто} - \text{П} * \% \text{ нетто} * \text{п}/\text{N},$$

где:

Пвоз – размер части страховой премии, подлежащей возврату;

П – общая страховая премия по договору страхования;

Попл – уплаченная страховая премия по договору страхования;

N – срок действия договора страхования в днях;

п – количество дней с момента вступления договора страхования в силу до даты его досрочного прекращения;

% нетто – % нетто-ставки по договору страхования в соответствии со структурой тарифной ставки по настоящим Правилам.

7.19. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) договора страхования полностью или частично и возврата части страховой премии за неистекший срок действия договора страхования, расчет производится в рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату расторжения (прекращения) договора страхования, но не более курса валюты страхования, установленного Центральным банком Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

7.20. Во всех случаях при превышении суммой произведенных страховых выплат суммы фактически оплаченных страховых взносов возврат части страховой премии за неистекший срок страхования не производится.

7.21. 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, согласованных со Страхователем при заключении договора страхования:

– в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в договоре страхования или заявлении о страховой выплате;

– почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или заявлении о страховой выплате;

– по электронной почте, адрес которой указан в договоре страхования или заявлении о страховой выплате.

Использование личного кабинета на сайте Страховщика также признается одним из надлежащих способов обмена сообщениями между Страхователем (Застрахованным лицом) и Страховщиком.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки сообщения 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 доставки уведомления, извещения или сообщения Страхователю (Застрахованному лицу). Сообщение считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило лицу, которому оно направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

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

8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

8.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

8.2. Страховая выплата осуществляется в отношении предусмотренных Программой страхования медицинской помощи и иных услуг, лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, при условии, что они:

- а) необходимы для удовлетворения потребностей Застрахованного лица в медицинской помощи;
- б) применяются наиболее подходящим с медицинской точки зрения способом и в том виде, в котором они соответствуют стандартам, принятым при оказании медицинской помощи, а также обеспечивают оптимальное соотношение стоимости и качества;
- в) по типу, частоте и продолжительности лечения являются научно обоснованным и соответствуют рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, установленным нормативам или предварительно письменно согласованы Страховщиком;
- г) соответствуют диагнозу заболевания (состоянию больного);
- д) требуются не только по причине удобства их применения Застрахованным лицом или его лечащим врачом;
- е) в отношении данных медицинских услуг, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения содержатся следующие данные в реферируемой общепризнанной научной медицинской литературе:

– данные о безопасности и эффективности лечения и диагностики заболеваний, для которых предлагается их применение;

– данные о безопасности и перспективной эффективности лечения заболеваний и опасных для жизни состояний, полученные в клинически контролируемых исследованиях.

8.3. Страховая выплата за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь и иные услуги производится в следующем порядке:

8.3.1. Путем оплаты стоимости медицинской помощи и иных услуг непосредственно (или через Сервисную компанию) в медицинскую или иную организацию, в которую Застрахованное лицо обратилось по направлению Страховщика (уполномоченного представителя Страховщика), по их счетам в соответствии с условиями договоров, заключенных Страховщиком с указанными организациями, в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после получения счета при условии подписания акта об оказании услуг, если иное не установлено договором с медицинской или иной организацией.

Если Застрахованное лицо воспользовалось услугами, организованными Сервисной компанией, Страховщик возмещает расходы по урегулированию страхового случая путем оплаты выставленного Сервисной компанией счета.

К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

Перед организацией оказания Застрахованному лицу Страховщик вправе потребовать получения Застрахованным лицом второго медицинского мнения.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования.

8.3.2. Путем денежной компенсации Застрахованному лицу произведенных им затрат на медицинскую помощь и иные услуги, если такая форма возмещения прямо предусмотрена договором страхования, либо они предварительно письменно согласованы Страховщиком.

8.4. Для получения второго медицинского мнения, а также для получения страховой выплаты в соответствии с п. 8.3.2 настоящих Правил Застрахованное лицо должно предоставить Страховщику следующие документы (если Застрахованное лицо не достигло совершеннолетия, то действовать от его имени могут родители или иной законный представитель):

а) письменное заявление или заявление в электронной форме, подписанное простой электронной подписью заявителя, со ссылкой на номер договора страхования, с подробным описанием хронологии событий, которые могут повлечь или повлекли наступление страхового случая и их обстоятельства;

б) паспорт Застрахованного лица, а если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо - паспорт его надлежаще уполномоченного представителя, подавшего заявление от его имени, свидетельство о рождении Застрахованного лица, документы, подтверждающие право действовать в интересах Застрахованного лица;

в) договор страхования;

г) оригинал выписки из амбулаторной карты (истории болезни) Застрахованного лица, или медицинской справки, выданных соответствующей медицинской организацией, с окончательным диагнозом и описанием проведенного лечения (если лечение проводилось);

д) результаты лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные проведенный их медицинской организацией;

е) заключение врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога) с указанием диагноза;

ж) медицинское заключение о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, рецепты и оригиналы платежных документов, подтверждающих их покупку и оплату (в том числе чеки, квитанции);

з) банковские реквизиты счета Застрахованного лица, если выплата производится непосредственно Застрахованному лицу в денежной форме по безналичному расчету;

и) письменное согласие Застрахованного лица на предоставление свободного доступа Страховщику или его уполномоченному представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение.

Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке или иметь перевод, сделанный специалистом, чья подпись и квалификация нотариально удостоверена. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка составителя, а также вследствие его ненадлежащего состояния (нарушена целостность документа, он надорван, смят, стерт, испачкан), такой документ считается непредоставленным, что влечет последствия, предусмотренные п. 8.18 настоящих Правил.

Если из предоставленных в соответствии с п. 8.4 настоящих Правил документов невозможно однозначно определить, относится или нет произошедшее событие к страховому случаю согласно договору страхования, Застрахованное лицо вправе по согласованию со Страховщиком представить дополнительные документы, позволяющие сделать однозначный вывод о том, является ли произошедшее событие страховым случаем согласно договору страхования или нет.

Страховщик вправе принять решение о признании события страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты на основании надлежаще заверенных копий документов, перечисленных в п. 8.4 настоящих Правил (кроме документов, в отношении которых указано, что они должны предоставляться в оригиналах), а также сократить перечень предоставляемых в соответствии с настоящими Правилами документов в зависимости от конкретного страхового случая при условии, что представленные заявителем документы однозначно подтверждают факт страхового случая и позволяют сделать вывод о размере страховой выплаты.

8.5. При необходимости, Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с наступлением страховых случаев, у организаций, располагающих необходимой информацией.

Если Страховщик потребовал получения второго медицинского мнения, решения о признании

заявленного события страховым случаем принимается Страховщиком после его получения.

8.6. Решение о признании страхового случая Страховщик принимает на основании договора страхования, настоящих Правил, а также документов, предоставленных Застрахованным лицом, или полученных Страховщиком самостоятельно в соответствии с п.п. 8.4, 8.5 настоящих Правил.

8.7. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения от Застрахованного лица или его уполномоченного представителя указанных в п.п. 8.4, 8.5 настоящих Правил документов Страховщик проводит их первичную проверку на предмет полноты сведений и соответствия заявленного диагноза и рекомендованного лечения условиям договора страхования и настоящих Правил, с учетом предусмотренных договором страхования и настоящими Правилами исключений (событий, не являющихся страховыми рисками, страховыми случаями).

Если заявленное событие не предусмотрено договором страхования в качестве события, которое может повлечь страховой случай, или относится к событиям, не являющимся страховым риском, страховым случаем, или произошло в период временной франшизы Страховщик принимает решение об отсутствии правовых оснований для страховой выплаты, и течение 3 (трех) рабочих дней после этого информирует Застрахованное лицо в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Если согласно договору страхования, настоящим Правилам заявленное событие имеет признаки события, которое может повлечь страховой случай, и Страховщик считает необходимым получение второго медицинского мнения, он в течение 3 (трех) рабочих дней направляет медицинские документы Застрахованного лица в медицинские организации, состоящие в договорных отношениях со Страховщиком, для получения Застрахованным лицом второго медицинского мнения.

8.8. После направления медицинских документов Застрахованного лица в медицинскую организацию Страховщик в течение 30 (тридцати) рабочих дней организует и оплачивает получение Застрахованным лицом второго медицинского мнения, включающего в том числе письменное заключение с подтверждением или уточнением диагноза критического заболевания и необходимости проведения предусмотренного Программой страхования лечения, а также предложением предпочтительного метода лечения с описанием предлагаемых медицинских услуг.

8.9. Если Застрахованное лицо соглашается получить рекомендованное лечение, оно письменно уведомляет Страховщика о своем решении. В течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения письменного согласия Застрахованного лица на проведение рекомендованного лечения Страховщик подбирает для этого медицинскую организацию, исходя из характера диагностированного критического заболевания, материально-технического оснащения, диагностической базы, укомплектованности квалифицированными кадрами и иных его возможностей, и выдает Застрахованному лицу направление на лечение (гарантийное письмо).

По требованию Застрахованного лица ему предоставляется подробная информация о предлагаемой ему медицинской организации, квалификации врачей, а также подтверждение наличия лицензии на осуществление медицинской деятельности (иного разрешения, предусмотренного законодательством той страны, на территории которой находится данная медицинская организация).

8.10. Направление на лечение (гарантийное письмо) действует в течение 1 (одного) месяца с даты его выдачи. Если Застрахованное лицо не начало лечение в течение указанного времени, действие направления на лечение прекращается.

8.11. Любые услуги, оказанные Застрахованному лицу в иной медицинской организации, чем указано в направлении на лечение, а также предоставленные Застрахованному лицу до получения им направления на лечение, в соответствии с настоящими Правилами не возмещаются.

8.12. Для получения, предусмотренного Программой страхования лекарственного обеспечения Застрахованное лицо вправе предварительно письменно обратиться в согласованную Страховщиком фармацевтическую организацию и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных Программой страхования лекарственных препаратов. Возмещение таких расходов производится Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней после предоставления Страховщику документов, подтверждающих факт и размер таких расходов.

8.13. Если договором страхования предусмотрена страховая выплата в виде возмещения Застрахованному лицу затрат на оплату медицинских услуг и лекарственных препаратов, то страховая выплата осуществляется наличными денежными средствами или путем перечисления на банковский счет

Застрахованного лица.

В этом случае в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), необходимых для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и определения размера ущерба, Страховщик принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

Если в течение вышеуказанного срока принято решение о наличии оснований для страховой выплаты Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату.

В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Застрахованное лицо в письменном виде об основаниях 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.

8.14. Страховщик вправе отсрочить выплату страхового возмещения при наличии мотивированных сомнений в подлинности документов, подтверждающих страховой случай и размер ущерба (вреда) – до получения результатов экспертизы таких документов.

8.15. В случае выявления факта предоставления Застрахованным лицом документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Страхователей, Застрахованных лиц - физических лиц о выявлении факта предоставления Застрахованным лицом страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцати) рабочих дней.

8.16. Для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз возникновения критического заболевания и (или) устраняющих их, в том числе для выявления у Застрахованного лица генетической предрасположенности к возникновению критического заболевания, Страховщик выдает Застрахованному лицу направление (гарантийное письмо) в соответствии с договором страхования в медицинскую организацию или Сервисную компанию в течение 5 (пяти) рабочих дней, после получения от Застрахованного лица заявления. Выбор медицинской организации осуществляется Страховщиком.

8.17. В состав возмещаемых Страховщиком расходов не входят расходы, связанные с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по вине Застрахованного лица.

8.18. В случае неисполнения Застрахованным лицом обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с настоящими Правилами, сроки принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и осуществления страховой выплаты не начинают течь.

При непредставлении Застрахованным лицом в соответствии с пп. з) п. 8.4 настоящих Правил банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), срок осуществления страховой выплаты продляется (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений, о чем Страховщик уведомляет обратившееся лицо и запрашивает у него недостающие сведения.

8.19. Во всех случаях Страховщик не несет обязательств по осуществлению страховой выплаты при изменении по желанию Застрахованным лицом вопреки рекомендациям врача медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

8.20. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным договором страхования, произошедшим в течение периода страхования, не может превышать размер страховой суммы (лимита ответственности), установленной договором страхования на данный период страхования.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным договором страхования, произошедшим в течение срока действия договора страхования, не может превышать размер общей страховой суммы, установленной договором страхования.

8.21. При страховании с применением валютного эквивалента страховая выплата осуществляется в российских рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для валюты, в которой выражена страховая сумма (валюта страхования), на дату осуществления страховой выплаты, но не более максимального курса для выплат, под которым понимается курс валюты страхования, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату заключения договора страхования, увеличенный на 1% (один процент) за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с даты заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом сумма всех выплат по договору в российских рублях не может превышать страховую сумму, умноженную на курс валюты страхования, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь вправе:

а) требовать от Страховщика предоставления Застрахованным лицам медицинской помощи и иных услуг и их оплату (или только их оплату) в соответствии с условиями договора страхования;

б) при коллективном страховании изменять численность Застрахованных лиц. В случае увеличения количества Застрахованных лиц по договору коллективного страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, и уплачивает дополнительную страховую премию за период со дня внесения изменений в список Застрахованных лиц до даты окончания срока действия коллективного договора страхования (при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный);

в) заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в соответствии с п. 2 ст. 955 Гражданского кодекса Российской Федерации. В случае замены одного Застрахованного лица другим, Страхователь предоставляет Страховщику в отношении нового Застрахованного лица сведения, предусмотренные п. 7.5 настоящих Правил;

г) досрочно отказаться от договора страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц;

д) требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в настоящих Правилах и договоре страхования;

е) запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

ж) для Страхователя – физического лица: отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;

з) осуществлять иные права, предусмотренные договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.2. Страхователь обязан:

а) при заключении договора страхования сообщить Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о себе и Застрахованном лице, а также все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

б) уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные договором страхования;

в) незамедлительно сообщать Страховщику в течение срока действия договора страхования обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах в отношении Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования;

г) при наступлении события, которое может повлечь страховой случай, незамедлительно, но в

любом случае не позднее 30 (тридцати) дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, уведомить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;

д) сообщить Страховщику достоверную информацию о Застрахованном лице по требованию Страховщика, а также предоставлять Страховщику или его уполномоченному представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

е) своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, телефонов, а также персональных данных Застрахованных лиц в случае их изменения;

ж) нести иные обязанности, предусмотренные договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.3. Страховщик вправе:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования, провести обследование (медицинское освидетельствование) лиц, подлежащих страхованию, для оценки фактического состояния их здоровья, предоставления, включая:

– сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о наличии у него заболеваний и травм, о ранее перенесенных заболеваниях, травмах, о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), его профессиональной принадлежности, наличии у Застрахованного лица травмоопасных увлечений и хобби, а также о занятиях спортом и других обстоятельствах, влияющих на величину страхового риска;

– медицинских документов (подлинные медицинские документы или их копии, заверенные выдавшими их медицинскими организациями), содержащих сведения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию; результаты медицинского осмотра (обследования, медицинского освидетельствования) лица, подлежащего страхованию, если оно проводилось.

В случае если проведение медицинского освидетельствования предусмотрено за счет Страхователя (Застрахованного лица) соответствующая информация должна быть в обязательном порядке доведена до сведения Страхователя (Застрахованного лица) до проведения медицинского освидетельствования;

б) проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным лицом информацию, а также выполнения ими условий договора страхования и настоящих Правил, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие органы и организации;

в) если Страхователем при заключении договора страхования была предоставлена Страховщику заведомо ложная информация о Застрахованном лице, применить последствия, предусмотренные ст. 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

г) при непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения;

д) в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий договора страхования;

е) в случае отказа Страхователя - физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования Страховщик, при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты его прекращения;

ж) ознакомиться с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования и оплатой расходов на оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь и иные услуги;

з) осуществлять иные права, предусмотренные договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.4. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

б) предоставить Застрахованному лицу консультации по событию, имеющему признаками страхового случая, а также по порядку предоставления документов, необходимых для осуществления

страховой выплаты;

в) рассмотреть представленные Застрахованным лицом медицинские документы, результаты анализов и заключения врачей-специалистов, подтверждающие страховой случай;

г) в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в сумме меньшей, чем установлено договором страхования, уведомить об этом, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования, Страхователя, Застрахованное лицо;

д) произвести страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и договором страхования;

е) выдать по требованию Страхователя полисы Застрахованным лицам;

ж) не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице). Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

з) обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем способами, установленными договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи;

и) в случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик обязан вернуть страховую премию Страхователю в полном размере, если Страхователь отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (даты начала действия страхования);

к) обеспечить обработку персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных лиц, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только с письменного разрешения Застрахованных лиц;

л) нести иные обязанности, предусмотренные договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

а) на получение медицинской помощи и иных услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских организациях (фармацевтических организациях, сервисных компаниях), обращение в которые письменно согласовано и (или) организовано Страховщиком;

б) на однократное бесплатное получение дубликата страхового полиса в случае его утраты;

в) на получение разъяснений настоящих Правил и условий договора страхования, а также порядка предоставления услуг;

г) принять на себя исполнение обязанностей Страхователя по договору страхования в случае смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

а) представлять Страховщику информацию, необходимую для исполнения Страховщиком договора страхования;

б) соблюдать требования настоящих Правил, договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинской организацией;

в) заботиться о сохранности документов, позволяющих получать страховые услуги, и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

г) по требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование при заключении договора страхования если Страховщик сочтет это необходимым;

д) при утрате страхового полиса незамедлительно известить об этом Страховщика;

е) сообщать своевременно Страховщику об изменении своих персональных данных;

ж) при наступлении события, которое может повлечь страховой случай, незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 (тридцати) дней со дня, когда Застрахованному лицу стало известно о произошедшем событии, уведомить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;

з) предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов,

связанных с исполнением договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг;

и) надлежащим образом сохранять все документы, связанные с заболеванием Застрахованного лица; обеспечивать сохранность документов по договору страхования.

9.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

9.7.1. Обработка Страховщиком персональных данных Страхователей (Застрахованных лиц) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

9.7.2. Персональные данные Страхователя и Застрахованных лиц включают в себя: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания) и (или) регистрации, контактные данные, включая номер телефона, паспортные данные и (или) данные другого документа, удостоверяющего личность, данные о доходах, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские организации, а также иные данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, в заявлении на страхование, в заключенном со Страховщиком договоре страхования (включая неотъемлемые его части – приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

9.7.3. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует с даты Заявления на страхование и до истечения 25 лет после окончания срока действия договора страхования, если иное не установлено договором страхования.

9.7.4. В установленных законом случаях, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

9.8. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении договора страхования. Конфиденциальными сведениями по договору страхования являются в том числе сведения о Страхователях, Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

9.9. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, являющейся конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.10. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

10.1. В течение срока действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщать Страховщику в письменной форме (с приложением подтверждающих документов) о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

10.3. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

11.1. Изменение условий договора страхования возможно по соглашению сторон.

11.2. Соглашение об изменении договора страхования совершается в той же форме, что и договор.

11.3. В случае внесения изменений в договор страхования обязательства считаются измененными с момента заключения соответствующего соглашения сторон, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются в претензионном порядке. Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии. Сторона, получившая претензию, в течение 30 (тридцати) дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать ответ.

12.2. В досудебном порядке спор подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным, который рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований потребителя страховых услуг не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей, и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3-х лет.

Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- 1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;
- 2) если потребитель финансовых услуг предварительно не обращался к Страховщику;
- 3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- 4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- 5) по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- 6) в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- 7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- 8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- 9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- 11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- 12) текст которых не поддается прочтению.

12.3. В случае недостижения сторонами согласия в претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит урегулированию в суде в порядке, установленном договором страхования и законодательством Российской Федерации.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Согласованные положения договора страхования имеют преимущественное значение по отношению к настоящим Правилам.

13.2. Все документы, представляемые Страховщику для заключения договора страхования, являются его составной частью. К таким документам относится анкета о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию (декларация о здоровье Застрахованного лица), а также иные документы и сведения, необходимые для заключения договора страхования, заявление на страхование, настоящие Правила, условия страхования, страховой полис, а также все относящиеся к договору страхования

надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

13.3. Если иное не предусмотрено договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), Страховщик оставляет за собой право отказать в принятии страховых взносов или задержать выполнение своих обязательств по договору, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы, сбой в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ ВПЕРВЫЕ
ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

№	Программа страхования	Тариф
1.	Лечение критических заболеваний	0,02
2.	Лечение критических заболеваний за рубежом	0,01
3.	Лечение критических заболеваний в педиатрии	0,01

Базовые тарифы указаны при условии установления отдельных страховых сумм по каждой Программе. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем Программам тарифы складываются. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем или части Программ, тарифы по соответствующим Программам умножаются на поправочный коэффициент 0.25 – 1.0.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающий или понижающий коэффициенты исходя из обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, указанных ниже. При наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Страховщик применяет следующие поправочные коэффициенты, связанные со степенью страхового риска:

В зависимости от пола и возраста Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от объема предоставляемого покрытия Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.01 до 28.0.

В зависимости от размера страховой суммы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 4.0.

В зависимости от общего состояния здоровья Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 99.

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 3.0.

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 2.0.

В зависимости от набора рисков и выбранного типа, и размера франшизы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.05 до 1.0.

В зависимости от рода занятий и увлечений Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.75 до 1.5.

В зависимости от общей численности коллектива, принимаемого на страхование Страховщик, может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в медицинской анкете, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 3.5.

В зависимости от списка исключений из Программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.3 до 1.0.

При уплате страховой премии в рассрочку, в зависимости от количества и сроков уплаты ее частей (базовые тарифные ставки рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии), Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 1.2.

При включении в число страховых рисков и страховых случаев по договору страхования событий, перечисленных в п. 3.4 Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При сокращении перечня исключений из Программы добровольного медицинского страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При включении в договор страхования медицинских расходов, связанных с выявлением генетически детерминированной предрасположенности к возникновению заболеваний Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,2 до 2.0.

При заключении договора страхования в отношении лица, имеющего заболевание, перечисленные в п. 1.7 Правил страхования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.1 до 5.0.

При установлении кратности предоставления услуг по договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.6 до 2.5.

При установлении лимитов выплат по договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.02 до 1.0.

При заключении договора страхования в валюте иной, чем рубли Российской Федерации, Страховщик для формирования источника покрытия убытков, связанных с возможным риском изменения курса валют, применяет к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент от 1.01 до 1.15, определенный экспертным путем на основании статистических данных Страховщика и динамики курса иностранной валюты.

В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.

Страховщик вправе использовать иные поправочные коэффициенты страхового риска в зависимости от индивидуального риска, иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) в размере от 0.01 до 9.0.