



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 29.08.2019г. приказ № 0829/А-1

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(10300/002)¹

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ
4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ИЗМЕНЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. ИЗМЕНЕНИЕ (УВЕЛИЧЕНИЕ) СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ
10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
12. ПРАВО СТРАХОВЩИКА НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ (РЕГРЕСС)
13. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ
15. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ
16. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

ПРИЛОЖЕНИЯ:

¹ Указанный номер **10300** соответствует коду Правил в «Кодификаторе правил страхования и страховых продуктов», утвержденном страховой организацией в целях удобства учета правил страхования и разработанных на их основе страховых продуктов; дополнительная цифра (число) **/002** - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и международными договорами Российской Федерации и на основании настоящих Правил Акционерное общество "Страховая компания "Астро-Волга" (далее — *Страховщик*) вправе заключать договоры добровольного медицинского страхования (далее — *договор страхования*) в пользу физических лиц (далее — *Застрахованные*) с субъектами, право- или дееспособность которых позволяет им, согласно нормам законодательства Российской Федерации, выступать стороной указанного договора страхования (далее — *Страхователи*).

1.2. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

1.3. *Договор страхования* является соглашением между Страховщиком и Страхователем, согласно которому за предусмотренную договором плату (*страховую премию*) Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать и оплатить (выплатить *страховое возмещение*) в пределах установленных договором страхования сумм (*страховых сумм*) предоставленную медицинскими организациями медицинскую помощь определенного (установленного, согласованного) объема и качества Застрахованным в соответствии с определенными (установленными, согласованными) договором страхования программами добровольного медицинского страхования (далее — *Программа страхования*), сформированными на основе типовых программ добровольного медицинского страхования (далее — *Типовая программа страхования*), и условиями их реализации.

1.3.1. Под *медицинской помощью* понимаются (вместе или в отдельности) различные виды медицинской помощи (медицинских услуг), а также сопутствующие их оказанию оздоровительные или медико-социальные услуги (мероприятия), в том числе диагностическая, консультативная, лечебная, скорая и неотложная, медико-транспортная, лекарственная (медикаментозная), профилактическая, реабилитационная, оздоровительная помощь, помощь (услуги) семейного или доверенного врача, в том числе вне медицинских организаций.

1.3.2. Под *медицинскими организациями* понимаются любые медицинские учреждения и организации государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, врачи частной практики, имеющие в соответствии с законодательством право на оказание медицинской помощи гражданам, что подтверждается наличием лицензий, сертификатов и/или иных предусмотренных законодательством документов. При организации Страховщиком оказания медицинской помощи в рамках договора страхования иностранными медицинскими организациями их право- и дееспособность определяются в соответствии с нормами международного права.

1.4. При заключении договора страхования (согласовании его условий) стороны могут договориться об изменении или неприменении отдельных положений настоящих Правил или о включении положений, не изложенных в Правилах, если это не противоречит действующему законодательству и не приводит к изменению объема обязательств Страховщика, выходящему за диапазон, определенный тарифными ставками по соответствующим Программам страхования (далее — *Тарифные ставки по программам страхования*).

1.4.1. При необходимости осуществление добровольного медицинского страхования в рамках Программ страхования на определенных сходных условиях (далее — *условия реализации Программы*) может регламентироваться разработанными Страховщиком документами (далее — *Условия страхования*), уточняющими положения Правил и/или Программ страхования для целей конкретного договора страхования.

1.5. Стороны оформляют правоотношения по договору страхования в письменной форме посредством составления одного или двух документов — "Полиса страхования" (далее — *Полис*) и/или "Договора страхования" (далее — *Договор*) (в соответствии с пп.5.10, 5.11 настоящих Правил). При этом под договором страхования (в широком смысле) понимаются не только Полис и/или "Договор", но и иные документы, названные в них. Положения указанных документов признаются частью договора страхования в соответствии с приоритетом, установленным для них Полисом и/или "Договором", и в указанной совокупности с положениями Полиса и/или "Договора" определяют (см. п.14.2 настоящих Правил) условия конкретного договора страхования (далее — *условия договора страхования*).

1.5.1. 1.5.1. Если иное не предусмотрено Полисом или Договором устанавливается следующий приоритет документов при расхождении информации или положений:

Заявления и Договора: предпочтение отдается содержанию Договора;

Заявления и Медицинских анкет Застрахованных: предпочтение отдается содержанию Медицинских анкет;

Договора и Полиса(ов): предпочтение отдается содержанию Полиса(ов);

Полиса Страхователя и Полиса Застрахованного: в части индивидуального объема страховой ответственности предпочтение отдается содержанию Полиса Застрахованного; в части общих положений — содержанию Полиса Страхователя (Договора);

Полиса Застрахованного и карточки Застрахованного: предпочтение отдается карточке Застрахованного в части индивидуального объема страховой ответственности при обращении данного Застрахованного за получением медицинской помощи в указанные в карточке Застрахованного медицинские организации.

1.6. При наступлении страхового случая Страховщик производит выплату страхового возмещения в размере полной или частичной оплаты счета медицинской организации за оказание обоснованной и определенной условиями договора страхования медицинской помощи при обращении Застрахованного в медицинскую организацию из числа предусмотренных условиями договора страхования медицинских организаций (*базовых медицинских организаций*). Размер страховой выплаты определяется адекватностью исполнения медицинской организацией условий договора о предоставлении медицинской помощи (п.10.1 настоящих Правил), а также объемом страховой ответственности по договору страхования.

1.6.1. Под *объемом страховой ответственности (страхового покрытия)* по договору страхования понимаются определенные этим договором в отношении каждого Застрахованного:

Программа (Программы) страхования и перечень видов медицинской помощи в рамках данной Программы (Программ) страхования,

перечень медицинских организаций, оказывающих данную помощь Застрахованному, перечень исключений из страховых случаев (исключения из страхового покрытия), страховые суммы, лимиты ответственности и франшизы (см. пп.4.1, 4.2, 10.16 настоящих Правил), период действия страхования (см. п.6.4 настоящих Правил), иные установленные договором страхования условия реализации Программ страхования и прочие факторы, определяющие в совокупности объем обязательств Страховщика.

1.7. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного. Если Страхователь - физическое лицо заключил договор страхования в отношении себя (в свою пользу) Страхователь является также Застрахованным (на него распространяются права и обязанности Застрахованного).

1.8. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме (далее — *форма проведения страхования*).

1.8.1. При *страховании в индивидуальной форме* договор страхования заключается в отношении одного лица.

1.8.2. Под *коллективным договором страхования* понимается договор, заключенный Страхователем в отношении группы лиц, объединенных каким-либо общим признаком (качеством, характеристикой). Застрахованными по коллективному договору страхования могут быть работники Страхователя, члены их семей или иные лица, указанные Страхователем в предоставленном Страховщику списке (далее — *Список Застрахованных*).

1.8.3. Страхователь, заключивший индивидуальный договор страхования, вправе по согласованию со Страховщиком увеличить на оставшийся срок действия договора страхования количество Застрахованных по договору (в порядке, установленном п.7.5.2 настоящих Правил). В дальнейшем на такой договор страхования будут распространены положения настоящих Правил, относящиеся к коллективному договору страхования.

1.9. По договору страхования, заключенному Страхователем в пользу третьего лица (Застрахованного):

1.9.1. Исполнение обязательств, вытекающих из договора страхования, может быть возложено на Страхователя и/или Застрахованного — в зависимости от характера обязательства (кроме обязательства по уплате страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования).

1.9.2. Ответственность за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору страхования несет Страхователь и/или Застрахованный — в зависимости от характера обязательства и/или вины Страхователя (Застрахованного) в его неисполнении (ненадлежащем исполнении).

1.9.3. В случае смерти Страхователя – физического лица права и обязанности по договору страхования переходят к Застрахованному с его согласия и с согласия Страховщика. При невозможности исполнения Застрахованным обязанностей по договору его права и обязанности могут перейти к лицам, осуществляющим в соответствии с законодательством обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного.

1.9.4. В случае утраты Страхователем в период действия договора страхования прав юридического лица вследствие реорганизации (ликвидации), права и обязанности по договору переходят к правопреемнику Страхователя (к Застрахованному с согласия Страховщика).

1.9.5. В период действия договора страхования при признании судом Страхователя – физического лица (Застрахованного) недееспособным либо ограниченным в дееспособности, его права и обязанности по договору страхования переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах Страхователя (Застрахованного).

1.10. Страхователями по договору страхования могут являться, с учетом положений п.1.1 настоящих Правил, российские и иностранные юридические лица, а также физические лица (российские и иностранные граждане, лица без гражданства, беженцы). Программы страхования (Условия страхования) могут содержать ограничения в отношении возможности вышеперечисленных субъектов выступать Страхователями по соответствующим договорам страхования.

1.11. Застрахованными могут быть любые физические лица, за исключением категорий лиц, не подлежащих добровольному медицинскому страхованию согласно условиям договора страхования (условиям реализации согласованных сторонами Программ страхования).

1.11.1. Если условиями договора страхования (условиями реализации согласованных сторонами Программ страхования) не предусмотрено иное, на страхование не принимаются граждане, состоящие на учете (или подлежащие постановке на учет) в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, а также ВИЧ инфицированные и больные СПИДом любой стадии заболевания, больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

1.11.2. Если после заключения договора страхования выяснилось, что застраховано лицо, не подлежащее страхованию согласно условиям договора страхования (условиям реализации согласованных сторонами Программ страхования), Страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным в части страхования данного лица или соответствующего изменения условий договора (например, переоформления договора в соответствии с иными условиями реализации согласованных Программ страхования или с иными Программами страхования) либо вправе отказать в выплате — в зависимости от причин, по которым данное лицо оказалось Застрахованным.

1.11.3. Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении инвалидов I и II групп или лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 65 лет.

1.12. Если договор страхования заключается в отношении недееспособных или не полностью дееспособных лиц, права и обязанности страхуемых лиц (Застрахованных) переходят в соответствующей части к их представителям (родителям, усыновителям; опекунам, попечителям).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. *Объектом страхования* являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с расходами на получение медицинской помощи при возникновении страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. *Страховым случаем* является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность осуществить страховую выплату.

3.1.1. По настоящим Правилам *страховым случаем признается* обоснованное обращение Застрахованного в период действия страхования (п.6.4 настоящих Правил) в медицинские организации из числа предусмотренных условиями договора страхования за получением медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования.

3.1.2. Страховым случаем может быть признано также получение медицинской помощи, входящей в Программы страхования, в медицинских организациях, не предусмотренных условиями договора страхования, или на иных условиях, чем это предусмотрено договором страхования, если соответствующее предоставление медицинской помощи было предварительно согласовано со Страховщиком и/или им организовано (см. раздел 10 настоящих Правил).

3.1.3. Условиями договора страхования может устанавливаться *территория действия страхования*; при этом страховым случаем признается обращение Застрахованного за получением медицинской помощи только в ту медицинскую организацию, которая расположена (зарегистрирована) на указанной территории действия страхования.

3.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинской помощи:

3.2. Признанной Страховщиком необоснованной или при отсутствии подтверждения ее обоснованности, в том числе:

- медицинской помощи, исключенной условиями договора страхования;
- медицинской помощи, полученной в медицинских организациях, не предусмотренных условиями договора страхования, или на иных условиях, чем это предусмотрено договором страхования, — без предварительного согласования со Страховщиком (за исключением случаев экстренной госпитализации, если ее необходимость впоследствии подтверждена экспертом);

- медицинской помощи, которая не была рекомендована или письменно засвидетельствована врачом, действующим в рамках своей компетенции по заключенному договору страхования, как необходимая и разумная мера;

- медицинской помощи, полученной лицом, не являющимся Застрахованным.

3.2.2. По поводу любого расстройства здоровья Застрахованного, наступившего в связи с неправомерными или противоправными действиями (бездействием) Застрахованного (Страхователя), в том числе:

1) вследствие использования транспортного средства или механизма с грубым нарушением норм эксплуатации, в том числе передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или не имеющему права управления транспортным средством данной категории;

2) по поводу любого расстройства здоровья Застрахованного, связанного с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными Застрахованным в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения, за исключением случаев, когда такое состояние явилось следствием противоправных действий третьих лиц;

3) в связи с совершением Страхователем (Застрахованным) умышленных действий, направленных на наступление страхового случая, в том числе умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, что подтверждено судебно-медицинской и психиатрической экспертизами, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими решениями компетентных органов;

4) по поводу заболевания, скрытого при анкетировании или проведении первичного профилактического медицинского осмотра от врача, проводившего его — если в заполняемых формах запросов Страховщика (Заявление на страхование, анкета, акт медицинского осмотра или иной аналогичный документ) содержался вопрос о наличии / отсутствии у страхуемого лица данного заболевания, а страхуемое лицо или лицо, отвечающее на него, знало или должно было знать о наличии у страхуемого лица данного заболевания, но не указало его;

3.3. Не признается страховым случаем, если иное прямо не оговорено договором страхования, обращение Застрахованного за получением медицинской помощи:

3.3.1. вызванное воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения (острая и хроническая лучевая болезнь);

3.3.2. вызванное военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями, террористическими актами, гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

3.3.3. вызванное стихийными бедствиями;

3.3.4. по поводу особо опасной инфекционной болезни (сибирская язва, сыпной тиф, натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина;

3.3.5. по поводу любой формы СПИДа в любой стадии заболевания;

3.3.6. по поводу психических болезней независимо от срока их выявления;

3.3.7. по поводу оперативного вмешательства, связанного с пересадкой органов и тканей;

3.3.8. по поводу заболеваний, требующих оперативного кардиохирургического лечения;

3.3.9. по поводу косметических операций;

3.3.10. по поводу заболеваний, непосредственно связанных с наступившей у Застрахованной в период действия договора страхования беременностью и ее осложнениями, за исключением обострений ранее существовавших заболеваний;

3.4. Условиями договора страхования могут быть предусмотрены другие исключения из перечня страховых случаев.

3.5. Если медицинская помощь была получена в связи с событием, не признанным страховым случаем, медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь, впоследствии не оплаченную Страховщиком, или Страховщик, ошибочно

оплативший стоимость оказанной медицинской помощи, вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) возмещения своих расходов в размере стоимости оказанной (оплаченной) медицинской помощи.

3.5.1. При частичной оплате Страховщиком оказанной медицинской помощи возмещение Страхователем (Застрахованным) указанных расходов производится:

в части, оплаченной Страховщиком медицинской организации — Страховщику;

в части, не оплаченной Страховщиком медицинской организации — медицинской организации.

3.5.2. Страхователь (Застрахованный) обязан произвести оплату лицу, предъявившему соответствующее требование (см. пп.3.5, 3.5.1 настоящих Правил), в течение одного месяца с даты его получения, если требованием не установлен иной срок оплаты.

3.5.3. Под требованием в данном случае понимается письменная претензия (с приложением соответствующего счета), извещающая Страхователя (Застрахованного) о неправомерности в рамках указанного договора страхования оказания Застрахованному медицинской организацией медицинской помощи (оплаты ее Страховщиком) и устанавливающая надлежащие размер, срок и порядок оплаты.

3.5.4. Лицо, предъявившее требование, вправе предпринять необходимые действия, обеспечивающие данное право требования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

4.1. Одним из факторов, определяющих объем страховой ответственности по договору страхования, является страховая сумма (см. п.1.6.1 настоящих Правил). *Страховая сумма* представляет собой предельный размер страхового возмещения в отношении Застрахованного. При заключении коллективного договора страхования страховая сумма по договору (*общая страховая сумма*) признается равной сумме индивидуальных страховых сумм, установленных на каждого Застрахованного договором страхования.

4.2. Условиями договора страхования (условиями реализации согласованных сторонами Программ страхования) могут быть установлены:

4.2.1. размеры страховых сумм на один страховой случай и/или в отношении получения Застрахованным (Застрахованными) отдельных видов медицинской помощи и/или иные страховые суммы в пределах страховой суммы по договору страхования (*лимиты ответственности Страховщика*);

4.2.2. минимальные размеры страховых сумм в отношении одного Застрахованного или видов медицинской помощи и/или максимальное количество обращений Застрахованного за получением всех или некоторых видов медицинской помощи;

4.2.3. *франшизы* (п.10.16 настоящих Правил), определяющие размер собственного участия Застрахованного в оплате получения медицинской помощи.

4.3. Страховые суммы устанавливаются по соглашению сторон (на основании формы проведения страхования, выбранных Программ страхования и условий их реализации, стоимости медицинской помощи в медицинских организациях, а также ряда других факторов) и указываются в договоре страхования.

4.4. *Страховая премия* является платой за страхование, которую обязан уплатить Страхователь (или Страхователь и Застрахованные в согласованных в договоре страхования долях) в порядке и в сроки, указанные в договоре страхования.

4.4.1. Уплата страховой премии может производиться путем внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика (или уплаты их уполномоченному им представителю) или же безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика.

4.4.2. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно за весь срок действия договора страхования или уплачиваться в рассрочку в виде отдельных *страховых взносов*.

4.5. Размер страховой премии устанавливается исходя из величины страховой суммы (страховых сумм, лимитов ответственности) и страховых тарифов, рассчитанных Страховщиком на основе базовых страховых тарифов и в зависимости от формы проведения страхования, условий договора страхования, стоимости медицинской помощи в медицинских организациях, срока действия страхования, сроков уплаты страховой премии (рассрочки платежа), возраста страхуемого лица (Застрахованного), результатов медицинского анкетирования и других обстоятельств и факторов, влияющих на степень страхового риска (см. п.5.3 настоящих Правил) и объем страховой ответственности по договору страхования. При необходимости расчет размера страхового тарифа (или обоснование объема страховой ответственности и размера страховой премии) производится (утверждается) андеррайтером.

4.6. В период действия договора страхования условия, касающиеся согласованного сторонами объема страховой ответственности по договору, могут быть изменены по соглашению сторон (например, в связи с ростом стоимости оказания медицинской помощи) в пределах Программ страхования и Тарифных ставок по программам страхования, при условии осуществления сторонами соответствующего взаиморасчета (например, уплаты дополнительной страховой премии или соответствующего изменения условий договора страхования). Оформление указанных изменений производится путем подписания Дополнительного соглашения к договору страхования (см. раздел 7 настоящих Правил) и, если это необходимо, переоформления Полиса (Полисов).

4.7. Возврат части страховой премии (страховых взносов) осуществляется только при досрочном прекращении действия договора страхования (или — по соглашению сторон — при уменьшении объема страховой ответственности) в отношении всех или отдельных Застрахованных в порядке и на условиях, установленных соответствующими положениями настоящих Правил (п.6.8, п.11.4).

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. При заключении договора страхования между сторонами должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям (см. также пп.5.13, 5.14 настоящих Правил):

5.1.1. о Застрахованном (Застрахованных);

5.1.2. о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного (Застрахованных) осуществляется страхование (страхового случая);

5.1.3. о сроке действия договора страхования;

5.1.4. о периоде действия страхования в отношении всех Застрахованных;

5.1.5. о размере страховой суммы;

5.1.6. об иных условиях, на согласовании которых настаивает хотя бы одна из сторон, как то: объем страховой ответственности по договору, размер страховой премии, сроки и порядок ее уплаты, права и обязанности сторон, правовые последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами обязательств по договору и т.п.

5.2. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением установленной Страховщиком формы (далее — *Заявление на страхование*), в котором сообщаются необходимые для заключения договора страхования данные, либо иным способом заявляет о своем намерении заключить договор страхования (устное заявление, сообщение по факсу и т. д.).

5.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (*степени страхового риска*), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Заявления на страхование (формах "Договора", Полиса) или в письменных запросах Страховщика (анкетах и иных аналогичных документах, заполняемых Страхователем (страхуемым лицом, Застрахованным)).

5.3.1. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать заполнения страхуемыми лицами в целях декларации состояния их здоровья медицинской анкеты установленной Страховщиком формы (далее — *Медицинская анкета*), содержащей в частности:

сведения, позволяющие судить о состоянии здоровья страхуемого лица и степени риска его изменения (хронические заболевания, условия работы, хобби (увлечения), прочие особенности образа жизни страхуемого лица, способные влиять на его здоровье);

отказ в пользу Страховщика от конфиденциальности медицинской информации (в соответствии с положениями раздела 15 настоящих Правил).

5.3.2. При необходимости уточнения сведений о степени страхового риска Страховщик вправе предложить страхуемому лицу пройти медицинский осмотр или обследование (за счет Страхователя или за счет страхуемого лица) в определенной Страховщиком медицинской организации для оценки фактического состояния здоровья страхуемого лица. Страхователь (страхуемое лицо) вправе доказывать отсутствие необходимости такого осмотра или обследования. При отказе Страхователя (страхуемого лица) от медицинского осмотра и/или проведения обследования в рекомендованной Страховщиком медицинской организации и/или от оплаты Страхователем (страхуемым лицом) стоимости обследования, вопрос выбора иной медицинской организации или оплаты обследования решается по согласованию сторон.

5.4. Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении договора страхования в отношении страхуемого лица в случаях:

5.4.1. отказа страхуемого лица от заполнения Медицинской анкеты и/или отказа от прохождения медицинского обследования (недостижения соглашения по вопросам, указанным в п.5.3.2 настоящих Правил);

5.4.2. непредставления запрашиваемой Страховщиком информации, влияющей на оценку степени страхового риска;

5.4.3. установления факта сообщения Страхователем (страхуемым лицом) ложных сведений;

5.4.4. непредоставления страхуемым лицом Страховщику права полного доступа к медицинской информации (в соответствии с положениями раздела 15 настоящих Правил);

5.4.5. в иных случаях, предусмотренных условиями договора страхования (Правилами, Выпиской из правил, Условиями страхования, условиями реализации согласованных Программ страхования).

5.5. Сведения, указанные в Заявлении на страхование (Медицинских анкетах, письменных ответах на иные запросы Страховщика) подтверждаются подписью Страхователя (страхуемого лица, Застрахованного).

5.6. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены. Однако Страховщик вправе повторно запросить Страхователя, а также самостоятельно получить требуемую информацию; если же полученные сведения изменяют оценку степени страхового риска в отношении всех или отдельных Застрахованных, Страховщик вправе действовать в соответствии с положениями раздела 8 настоящих Правил.

5.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством (за исключением случая, когда обстоятельства, которые скрыл Страхователь, уже отпали).

5.8. Настоящими Правилами устанавливаются, а также условиями договора страхования могут быть установлены и иные не противоречащие законодательству возможные последствия сообщения Страхователем (страхуемым лицом, Застрахованным) ложных или недостоверных сведений Страховщику или сокрытия Страхователем (страхуемым лицом, Застрахованным) запрашиваемых Страховщиком сведений.

5.8.1. Такими последствиями, в частности, могут быть (в отдельности либо в той или иной совокупности):

уплата штрафа;

прекращение действия договора страхования в отношении Застрахованного;

отказ Страховщика от выплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и/или возмещение Страхователем (Застрахованным) расходов Страховщика или медицинской организации — по случаям оказания медицинской помощи, наступившим в связи с состояниями или событиями, сведения о которых были ложными или были скрыты.

5.8.2. Страховщик вправе применить те или иные последствия по своему выбору.

5.9. Страховщик принимает решение о заключении договора страхования в течение пяти дней после поступления Заявления Страхователя, а при необходимости заполнения Медицинских анкет или проведения предварительного медицинского обследования — после завершения данных процедур.

5.10. Договор индивидуального страхования (п.1.8.1 настоящих Правил) заключается путем передачи Страховщиком Страхователю (Застрахованному) в срок, установленный п.5.16 настоящих Правил, Полиса, подписанного от имени Страховщика уполномоченным на то лицом. Полис удостоверяет факт заключения договора страхования, начало действия страхования по договору и, в совокупности с названными в нем документами, содержит все существенные условия договора страхования. При необходимости более детальной регламентации правоотношений по договору страхования стороны составляют отдельный документ — "Договор". В последнем случае Полис выдается по усмотрению Страховщика или по требованию Страхователя.

5.11. Заключение коллективного договора страхования (п.1.8.2 настоящих Правил) осуществляется путем составления "Договора" с приложением Списка Застрахованных и выдачей Полиса каждому Застрахованному в срок, установленный п.5.16 настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования. Список Застрахованных, представленный Страхователем и подписанный сторонами, должен содержать сведения, указанные в п.5.13.3 настоящих Правил.

5.12. К Полису ("Договору") прилагаются Правила или иной разработанный Страховщиком документ (Выписка из Правил, Условия страхования), в полном объеме информирующий о выбранной в договоре страхования Программах страхования и условиях их реализации. Вручение Страхователю документа, на который имеется ссылка в Полисе ("Договоре") — Правил, либо Выписки из Правил, либо Условий страхования — удостоверяется соответствующей записью в Полисе ("Договоре") и подписью Страхователя.

5.13. В договоре страхования указываются (Страховщик вправе сократить или расширить данный перечень):

5.13.1. наименование, адрес и реквизиты государственной регистрации, почтовый адрес, телефон (факс), реквизиты банковского счета Страховщика;

5.13.2. сведения о Страхователе (наименование, адрес и реквизиты государственной регистрации, почтовый адрес и реквизиты банковского счета Страхователя — юридического лица или фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации по месту жительства для Страхователя — физического лица, а также сведения о государственной регистрации Страхователя — индивидуального предпринимателя);

5.13.3. численность Застрахованных и сведения о них в соответствии с прилагаемым Списком Застрахованных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес фактического проживания и регистрации, контактные телефоны; отношение к Страхователю (работники, члены семьи, другие лица));

5.13.4. сведения об объеме страховой ответственности по договору страхования в соответствии с п.1.6.1. настоящих Правил;

5.13.5. размер, сроки, форма и порядок внесения подлежащей уплате по договору страхования страховой премии (страховых взносов);

5.13.6. срок действия договора страхования и период действия страхования (см. раздел 6 настоящих Правил);

5.13.7. наименование и/или приоритет документов, в совокупности определяющих права и обязанности сторон по договору страхования;

5.13.8. права, обязанности, ответственность сторон и иные положения, не противоречащие требованиям, предъявляемым законодательством Российской Федерации к содержанию договоров страхования;

5.13.9. отметка об ознакомлении Страхователя с условиями страхования, порядком оказания медицинской помощи, вручении копии Правил страхования (Выписки из правил, Условий страхования) и согласованных Программ страхования.

5.14. В Полисе указываются (Страховщик вправе сократить или расширить данный перечень):

5.14.1. номер (серия) Полиса (номер договора страхования);

5.14.2. наименование, адрес и реквизиты государственной регистрации, почтовый адрес, телефон (факс) Страховщика;

5.14.3. сведения в соответствии с п.5.13.2 настоящих Правил;

5.14.4. сведения о Застрахованном в соответствии с п.5.13.3 настоящих Правил;

5.14.5. сведения об объеме страховой ответственности по договору страхования в соответствии с п.1.6.1. настоящих Правил;

5.14.6. размер, сроки, форма и порядок внесения подлежащей уплате по договору страхования страховой премии (страховых взносов), сведения об уплате единовременной страховой премии или первого страхового взноса;

5.14.7. фактический период действия страхования;

5.14.8. наименование и/или приоритет документов, в совокупности определяющих права и обязанности сторон по договору страхования;

5.14.9. иные не противоречащие законодательству Российской Федерации положения;

5.14.10. отметка об ознакомлении Страхователя (Застрахованного) с условиями страхования, порядком оказания медицинской помощи, вручении ему копии Правил страхования (Выписки из правил, Условий страхования) и согласованных Программ страхования.

5.15. Застрахованному может также вручаться карточка Застрахованного (регистрационная карточка, пластиковая карточка или иной носитель информации), подтверждающая, при предъявлении в соответствующую медицинскую организацию, право Застрахованного на получение медицинской помощи согласно условиям договора страхования. В

карточку Застрахованного могут также вноситься сведения о фактическом получении Застрахованным медицинской помощи по договору страхования (см. п. 10.11 настоящих Правил).

5.16. При условии предоставления Страховщику всех необходимых данных для оформления Полиса, индивидуальных Полисов и/или карточек Застрахованных указанные страховые документы установленных Страховщиком форм выдаются Страховщиком Страхователю (Застрахованным) в течение 10 дней с момента вступления в силу договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.17. При утрате страховых документов (Полиса и/или карточки Застрахованного) Застрахованный (Страхователь) обязан незамедлительно известить об этом Страховщика в произвольной письменной форме с обязательным указанием фамилии, имени, отчества Застрахованного, данных документа, удостоверяющего его личность, предполагаемой даты утраты страхового документа. Утраченные страховые документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает дубликаты или новые страховые документы взамен утраченных. При повторной утрате Страховщик вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного) платеж в размере стоимости изготовления дубликата (или выдачи нового) страхового документа взамен утраченного Застрахованным.

5.18. Страховщик вправе кодировать Программы страхования и/или группировать Полисы по сериям в зависимости от видов Программ страхования, размеров страхового возмещения, состояния здоровья Застрахованных на момент заключения договора, территориального деления (адреса регистрации или проживания Застрахованных), медицинских организаций, выбранных в соответствии с Программой (Программами), и/или по иным признакам, обеспечивающим применение современных информационных технологий, систематизацию учета и отчетности.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на срок страхования один год, если иной срок не предусмотрен договором.

6.2. Договор страхования вступает в силу с момента подписания, если иное не предусмотрено договором.

6.3. Действие страхования по договору:

6.3.1. *начинается* с 00.00 часов местного времени дня, следующего за днем поступления единовременной страховой премии или первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика, или с момента уплаты указанной суммы представителю или в кассу Страховщика наличными деньгами, если договором страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования. В случае уплаты страховой премии позднее 30 дней с даты подписания договора действие страхования начинается, если договором страхования не предусмотрено иное, только после повторной оценки степени страхового риска по инициативе Страховщика;

6.3.2. *заканчивается* в 24.00 часа местного времени дня, указанного в договоре как день окончания действия страхования. Если иное не предусмотрено договором, день окончания действия страхования определяется исходя из срока страхования, на который заключен договор страхования, и дня начала действия страхования;

6.4. Под *периодом действия страхования* понимается временной интервал с момента начала по момент окончания действия страхования.

6.4.1. Моменты начала и окончания действия страхования могут быть указаны в явном виде или описанием условий, позволяющих однозначно установить период действия страхования.

6.4.2. Обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения распространяются только на те страховые события, которые произошли в период действия страхования.

6.4.3. В отношении отдельных групп Застрахованных внутри периода действия страхования договора могут установлены индивидуальные периоды действия страхования.

6.5. Прекращение действия договора страхования влечет за собой одновременное прекращение действия страхования, но не влечет прекращение обязательств сторон, вытекающих из договора и возникших до момента его прекращения.

6.6. Договор страхования прекращает свое действие:

6.6.1. по истечении периода действия страхования;

6.6.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме; при этом Страховщик вправе требовать уплаты страховой премии в полном объеме и предпринимать необходимые действия, обеспечивающие данное право;

6.6.3. в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов). Если только часть Застрахованных приняла на себя указанную обязанность, вопрос о действии в отношении них договора и/или изменении его условий решается по усмотрению Страховщика (в том числе в зависимости от числа таких Застрахованных);

6.6.4. в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

6.6.5. в случае принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

6.6.6. в случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в установленные в договоре страхования объемы и сроки (за исключением случаев, когда договор предусматривает уменьшение объема страховой ответственности пропорционально размеру внесенной части страховой премии или иные последствия неуплаты); при этом уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части), если договором страхования или другим соглашением сторон не предусмотрено иное;

6.6.7. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай; при этом сторонами производится взаиморасчет в порядке, установленном п.6.8 настоящих Правил;

6.6.8. в случае отказа Страхователя (Застрахованного) от договора страхования (на основании его заявления), если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

при этом уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части), если договором страхования или другим соглашением сторон не предусмотрено иное;

6.6.9. по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных условиями договора, настоящих Правил (Выписки из Правил, Условиями страхования) или действующего законодательства, с письменным уведомлением другой стороны о причине прекращения действия договора страхования и с производством взаиморасчета в порядке, соответствующем этой причине;

6.6.10. по соглашению сторон, определяющему условия и порядок досрочного расторжения договора страхования (в том числе и порядок взаиморасчета);

6.6.11. в случае действия обстоятельств непреодолимой силы (см. раздел 13 настоящих Правил);

6.6.12. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

В частности, в соответствии с Указанием Банка России от 21.08.2017 г. № 4500-У «О внесении изменения в пункт 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» установлен следующий порядок расторжения договора страхования по инициативе Страхователя:

В случае отказа Страхователя от договора страхования (посредством обращения к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования) в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии и при условии отсутствия в данном периоде страховых случаев (событий, имеющих признаки страхового случая), уплаченная Страхователем страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю:

а) в полном объеме – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала действия страхования;

б) за вычетом части страховой премии, пропорциональной сроку, в течение которого действовало страхование (то есть пропорционально периоду с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования), – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У.

Возврат Страховщиком страховой премии (ее части) производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

В случаях, отличных от указанных в настоящем пункте, действуют положения, предусмотренные Правилами страхования и договором страхования (полисом или иным письменным соглашением Сторон).

6.7. Действие коллективного договора страхования в отношении отдельного Застрахованного досрочно прекращается в случаях, предусмотренных положениями п.6.6 настоящих Правил (в той части, в которой их действие может быть распространено на отдельного Застрахованного), со следующими особенностями:

6.7.1. Досрочное прекращение действия договора страхования в отношении Застрахованного в связи с его заменой на иное лицо на оставшийся срок действия страхования производится в порядке, установленном п.7.5.3 настоящих Правил;

6.7.2. Досрочное прекращение действия договора страхования в отношении Застрахованного в связи с его смертью производится в соответствии с п.6.6.7 настоящих Правил (с возвратом части страховой премии согласно п.6.8 настоящих Правил); при этом стороны вправе согласовать замену Застрахованного в порядке, установленном п.7.5.3 настоящих Правил;

6.7.3. Действие договора страхования в отношении Застрахованного досрочно прекращается или может быть прекращено в порядке и в случаях, предусмотренных разделом 11 настоящих Правил;

6.7.4. Действие договора страхования в отношении одного, нескольких или всех Застрахованных досрочно прекращается (без замены их на иных лиц) на основании заявления заинтересованной в этом стороны путем подписания сторонами Дополнительного соглашения к договору страхования, регламентирующего срок и порядок соответствующего прекращения действия договора, а также взаиморасчета сторон, если проведение последнего предусмотрено.

Стороны вправе не подписывать указанное Дополнительное соглашение, если вышеназванные вопросы однозначно урегулированы законодательством, Правилами (Выпиской из Правил, Условиями страхования) или условиями договора страхования (например, при исполнении обеими сторонами своих обязательств в полном объеме до истечения срока действия договора).

6.8. Если действующим законодательством, Правилами (Выпиской из Правил, Условиями страхования), условиями договора страхования или иным соглашением сторон не предусмотрено иное, Страховщик при досрочном прекращении действия договора страхования возвращает лицу - плательщику страховой премии (Страхователю и/или Застрахованному), часть страховой премии (страховые взносы) за истекший срок действия страхования за вычетом расходов Страховщика.

6.8.1. Если условиями договора страхования или другим соглашением сторон не предусмотрено иное, возврат Страхователю и/или Застрахованному части страховой премии (страховых взносов) при досрочном прекращении действия договора страхования производится по истечении одного месяца с даты прекращения действия договора.

6.8.2. По соглашению сторон подлежащая возврату Страховщиком сумма части страховой премии (страховых взносов) может быть зачтена в счет следующей страховой премии (страховых взносов) по договору страхования (например, при замене Застрахованных).

6.8.3. Если после производства взаиморасчета Страховщиком были получены счета за оказанную в период действия страхования Застрахованному медицинскую помощь по страховым случаям, не вошедшую по каким-либо причинам в ранее составленный перечень, на основании которого был осуществлен взаиморасчет, Страховщик вправе произвести перерасчет ранее исчисленных сумм, а лицо, с которым производился взаиморасчет (Страхователь и/или Застрахованный)

обязано уплатить сумму, определенную в соответствии с перерасчетом Страховщика; при этом Страховщик вправе предпринять необходимые действия, обеспечивающие его право требования.

7. ИЗМЕНЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Если одно из положений договора страхования становится недействительным, это не затрагивает действия остальных положений договора страхования, если можно предположить, что он был бы заключен и без включения в него недействительного положения.

7.2. Все изменения и дополнения к договору страхования будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон (соответствующие письменные заявления любой из сторон и/или Дополнительные соглашения к договору страхования — в зависимости от характера вносимых в договор изменений).

7.3. В период действия договора страхования стороны вправе изменять на основании устного или письменного заявления заинтересованной стороны объем страховой ответственности по договору, а также иные (в том числе существенные) условия договора страхования путем заключения Дополнительных соглашений к договору и уплаты, в случае необходимости, дополнительной страховой премии.

7.4. Права и обязанности сторон по изменению условий договора страхования в связи с изменением (увеличением) степени страхового риска отражены в разделе 8 настоящих Правил.

7.5. В период действия договора страхования Страхователь вправе вносить изменения в Список Застрахованных (для индивидуального договора страхования — производить замену Застрахованного):

7.5.1. Уменьшение численности Застрахованных (прекращение действия коллективного договора страхования в отношении отдельных Застрахованных без замены их на иных лиц) производится с уведомлением Страховщика и в порядке, установленном разделом 6 настоящих Правил; при этом Страховщик вправе потребовать от прежнего (выбывающего) Застрахованного (или от Страхователя) возврата полиса и/или карточки Застрахованного;

7.5.2. Увеличение количества Застрахованных на оставшийся срок действия договора страхования производится на основании соответствующего заявления Страхователя по согласованию со Страховщиком. При этом действие договора страхования распространяется на вновь страхуемых лиц с соблюдением порядка, процедур и сроков, установленных разделами 4-6 настоящих Правил:

Страхователь предоставляет Страховщику сведения о вновь страхуемых лицах в том же порядке и объеме, что и при заключении договора страхования;

Страховщик производит оценку степени страхового риска и исчисляет подлежащую уплате дополнительную страховую премию;

стороны подписывают соответствующее Дополнительное соглашение к договору страхования (незаключение сторонами указанного Дополнительного соглашения означает продолжение действия договора страхования на прежних условиях);

действие страхования распространяется на новых Застрахованных с 00.00 часов местного времени дня, следующего за днем производства необходимых взаиморасчетов, если соглашением сторон не предусмотрен иной срок начала действия страхования;

Страховщик обязан выдать новым Застрахованным Полисы и/или карточки Застрахованных в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

Страховщик вправе отказать Страхователю в увеличении количества Застрахованных на оставшийся срок действия договора страхования, предложив заключить новый договор страхования на согласованный сторонами срок на условиях, аналогичных действующему договору страхования, или иных условиях.

7.5.3. Замена Застрахованного на иное указанное Страхователем лицо на оставшийся срок действия договора страхования производится на основании соответствующего заявления Страхователя по согласованию со Страховщиком и означает прекращение действия договора страхования в отношении прежнего (выбывающего) Застрахованного и вступление договора страхования в силу в отношении иного страхуемого лица (нового Застрахованного), в связи с чем замена Застрахованного производится с соблюдением в соответствующей части порядка, установленного п.7.5.1 и п.7.5.2 настоящих Правил, со следующими особенностями:

Страхователь подает Страховщику заявление о замене Застрахованного с указанием прежнего (выбывающего) Застрахованного и лица, страхуемого взамен (нового Застрахованного);

Страхователь предоставляет Страховщику письменное согласие прежнего Застрахованного (кроме случая смерти Застрахованного) на замену.

Страховщик вправе произвести оценку изменения степени страхового риска, по результатам которой решается вопрос о порядке производства взаиморасчета по договору страхования (возврате Страховщиком или доплате Страховщику исчисленной им суммы страховой премии (страховых взносов) и/или зачете сумм встречных требований).

Страховщик вправе отказать Страхователю в замене Застрахованных на оставшийся срок действия договора страхования, предложив заключить новый договор страхования на согласованный сторонами срок на условиях, аналогичных действующему договору страхования, или иных условиях.

8. ИЗМЕНЕНИЕ (УВЕЛИЧЕНИЕ) СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение степени страхового риска. Значительными во всяком случае признаются:

8.1.1. Изменения данных, содержащихся в Полисе ("Договоре") и в переданных Страхователю Правилах (Выписке из правил, Условиях страхования);

8.1.2. иные обстоятельства, влияющие на вероятность наступления страхового случая или размер возможных убытков от его наступления; причем при возникновении спора в связи с неисполнением Страхователем (Застрахованным) обязанности по сообщению Страховщику о таких обстоятельствах, обязанность представления доказательств о влиянии их на степень страхового риска лежит на Страховщике.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, в том числе при изменении условий договора о предоставлении медицинской помощи (см. п.10.1 настоящих Правил), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными Гражданским кодексом РФ.

8.3. При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанности, установленной п.8.1 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора, в соответствии с правилами, предусмотренными Гражданским кодексом РФ.

8.4. Настоящими Правилами устанавливаются, а также условиями договора страхования могут быть установлены и иные не противоречащие законодательству возможные последствия неуведомления Страхователем (Застрахованным) Страховщика об увеличении степени страхового риска. Страховщик вправе применить те или иные последствия по своему выбору.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

9.1. По договору страхования Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать оказания Застрахованному в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования, медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования. В случае непредоставления соответствующей медицинской помощи Страхователь (Застрахованный) должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика для согласования с ним иного варианта получения Застрахованным оговоренной медицинской помощи; при отсутствии у Страхователя (Застрахованного) возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо (представителя);

9.1.2. расторгнуть досрочно договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

9.1.3. в период действия договора страхования изменять по согласованию со Страховщиком объем страховой ответственности по договору, а также иные условия договора страхования путем заключения Дополнительных соглашений к договору и уплаты, в случае необходимости, дополнительной страховой премии;

9.1.4. в период действия договора страхования изменять количество Застрахованных или заменять их на иных лиц в порядке, установленном п.7.5 настоящих Правил.

9.2. По договору страхования Застрахованный имеет право:

9.2.1. получать оплачиваемую Страховщиком медицинскую помощь в соответствии с условиями договора страхования;

9.2.2. получать страховые документы (Полис и/или карточку Застрахованного) в порядке, установленном п.5.16 настоящих Правил, а также дубликат (или новые соответствующие страховые документы) взамен утраченных в соответствии с п.5.17 настоящих Правил;

9.2.3. получать разъяснения по условиям страхования, порядку предоставления и получения медицинской помощи;

9.2.4. сообщать Страховщику о случаях непредоставления медицинской помощи, неполного или некачественного ее предоставления;

9.2.5. требовать экспертизы качества проводимого лечения в соответствии с положениями раздела 11 настоящих Правил;

9.2.6. принимать на себя обязанности Страхователя - юридического лица (в случае его ликвидации) или Страхователя - индивидуального предпринимателя (в случае прекращения им предпринимательской деятельности) по уплате своевременно и в полном объеме обусловленной договором страхования страховой премии (страховых взносов).

9.3. По договору страхования Страховщик имеет право:

9.3.1. требовать от Страхователя (страхуемого лица, Застрахованного) совершения действий и предоставления сведений, необходимых для заключения и исполнения договора страхования (см. п.5.3, п.9.4.3 настоящих Правил), а также проверять достоверность сообщенной информации и/или выяснять несообщенную информацию;

9.3.2. принять решение о необходимости дополнительного медицинского осмотра страхуемого лица (или Застрахованного) для оценки фактического состояния его здоровья;

9.3.3. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования;

9.3.4. устанавливать размер страховой премии, срок и порядок ее уплаты;

9.3.5. требовать доплаты страховой премии или соответствующего изменения условий договора страхования в случае увеличения стоимости оказания медицинской помощи или степени страхового риска в отношении всех или отдельных Застрахованных;

9.3.6. при повторной утрате страхового документа (Полиса и/или карточки Застрахованного) взыскать со Страхователя (Застрахованного) стоимость изготовления дубликата страхового документа или выдачи нового взамен утраченного (п.5.17 настоящих Правил);

9.3.7. отказать Страхователю в выплате страхового возмещения полностью или в соответствующей части в случаях, предусмотренных законодательством, Правилами (Выпиской из правил, Условиями страхования) или условиями договора страхования;

9.3.8. досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного (Застрахованных) в случаях, предусмотренных Правилами (Выпиской из Правил, Условиями страхования) или условиями договора страхования;

9.3.9. по взаимному соглашению Страховщика и Страхователя, на основании выданной Страхователем (или Застрахованным) доверенности, представлять самостоятельно или назначать лиц для представления в суде интересов Страхователя (или Застрахованного) по спорам, связанным с причинением вреда здоровью Застрахованного медицинскими организациями при оказании последними медицинской помощи Застрахованному.

9.4. По договору страхования Страхователь обязан:

9.4.1. в случаях, предусмотренных законодательством, положениями Правил (Выписки из правил, Условий страхования) или договора страхования, исполнять обязанности совместно с Застрахованным (в мере, соответствующей характеру данных обязанностей);

9.4.2. незамедлительно, как только это стало возможным, информировать Страховщика об известных Страхователю предстоящих (наступивших) событиях, связанных с состоянием здоровья Застрахованного и предусмотренных пп.9.5.8 настоящих Правил;

9.4.3. предоставлять Страховщику необходимую для заключения и исполнения договора страхования достоверную информацию, в том числе сведения, предусмотренные заполняемыми при заключении договора страхования Заявлением на страхование (Медицинской анкетой) (о Страхователе, Застрахованном, предполагаемом объеме страховой ответственности, степени страхового риска), а также прочие сведения или информацию, оговоренные Полисом ("Договором") и/или Правилами (Выпиской из правил, Условиями страхования);

9.4.4. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в сроки, в порядке и в размере, установленные условиями договора страхования;

9.4.5. сохранять имеющиеся у Страхователя документы, сопровождающие заключение и исполнение договора страхования;

9.4.6. незамедлительно, как только это стало возможным, уведомить Страховщика об известном Страхователю факте утраты Застрахованным страховых документов в порядке, предусмотренном п.5.17 настоящих Правил;

9.4.7. при коллективной форме страхования обеспечить достоверность и правильность Списков застрахованных, в том числе сообщать Страховщику о прекращении действия договора в отношении отдельных Застрахованных и/или замене Застрахованных в срок, необходимый для согласования сторонами дальнейших действий по исполнению договора страхования;

9.4.8. при коллективной форме страхования оказать возможное содействие Страховщику в выдаче Застрахованным Полисов и/или карточек Застрахованных, оформленных Страховщиком;

9.4.9. довести условия страхования до Застрахованных (риск последствий неверных действий Застрахованного, не ознакомленного Страхователем с условиями страхования, несет Страхователь; подтверждением факта ознакомления Застрахованного с условиями страхования может являться подпись Застрахованного под заявлением о том, что условия страхования ему известны);

9.4.10. обеспечить Страховщику право полного доступа к медицинской документации Застрахованных (в том числе к листкам нетрудоспособности, актам о профзаболеваниях и травмах на производстве) — в той мере, в какой это зависит от Страхователя;

9.4.11. если в наступлении страхового случая виновно третье лицо, передать Страховщику для обеспечения регрессного права последнего все имеющиеся у Страхователя и относящиеся к данному случаю документы и доказательства, а также выполнить все иные действия, необходимые для осуществления права регресса (см. раздел 12 настоящих Правил).

9.5. По договору страхования Застрахованный обязан:

9.5.1. в случаях, предусмотренных законодательством, положениями Правил (Выписки из правил, Условий страхования) или договора страхования, исполнять обязанности совместно со Страхователем (в мере, соответствующей характеру данных обязанностей);

9.5.2. совершать действия и предоставлять Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения и исполнения договора страхования, а также прочие сведения или информацию, оговоренные договором страхования и/или Правилами (Выпиской из правил, Условиями страхования);

9.5.3. соблюдать требования Правил (Выписки из правил, Условий страхования) и договора страхования, а также предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, и распорядок, установленный медицинской организацией;

9.5.4. не допускать необоснованного получения медицинской помощи;

9.5.5. заботиться о сохранности страховых документов (Полиса и/или карточки Застрахованного), соблюдать порядок пользования ими, не передавать их другим лицам с целью получения последними медицинской помощи;

9.5.6. при утрате страховых документов незамедлительно, как только это стало возможным, известить об этом Страхователя и Страховщика и затем получить новые страховые документы (в соответствии с положениями п.5.17 настоящих Правил);

9.5.7. предоставить Страховщику в соответствии с разделом 15 настоящих Правил право полного доступа к любой медицинской документации и информации в любой медицинской организации по поводу своего состояния здоровья в прошлом, настоящем и будущем — в той мере, в какой обеспечение данного права Страховщика зависит от Застрахованного;

9.5.8. незамедлительно, как только это стало возможным, информировать Страховщика об известных Застрахованному следующих предстоящих (наступивших) событиях, связанных с состоянием своего здоровья:

9.5.8.1. стационарное лечение любого вида;

9.5.8.2. хирургическое лечение любого вида;

9.5.8.3. беременность (срок более 7-8 недель);

9.5.8.4. лечение и/или обследование в медицинской организации, не предусмотренной договором страхования;

9.5.8.5. выявление заболевания, не входящего в объем страхового покрытия по договору страхования, но по поводу которого требуется получение медицинской помощи.

9.6. По договору страхования Страховщик обязан:

9.6.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования;

9.6.2. выдать Страхователю экземпляр Правил страхования (Условий страхования, Выписки из Правил) (см. п.5.12 настоящих Правил);

9.6.3. выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые документы в порядке, предусмотренном п.5.16 настоящих Правил;

9.6.4. организовать предоставление медицинской помощи Застрахованным, для чего: заключить с соответствующими медицинскими организациями договоры о предоставлении медицинской помощи Застрахованным (п.10.1 настоящих Правил), обеспечить выдачу при необходимости пропуска или иных документов (карточки Застрахованных и т.п.), необходимые для получения Застрахованными медицинской помощи в данных медицинских организациях (п.5.16 настоящих Правил), информировать Застрахованных (через Страхователя или — в случае обращения Застрахованного к Страховщику — непосредственно) о порядке предоставления и получения медицинской помощи в медицинской организации;

9.6.5. обеспечить контроль соответствия предоставляемой Застрахованным медицинской организацией медицинской помощи (ее объем, сроки и качество) условиям договора страхования и условиям договора о предоставлении медицинской помощи; производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев или отказать в выплате в порядке, установленном разделами 10, 11, 3 настоящих Правил;

9.6.6. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) в соответствии с положениями действующего законодательства и раздела 15 настоящих Правил.

9.7. Права, обязанности и ответственность Страховщика, Страхователя, Застрахованного не оговоренные в настоящем разделе, установлены иными пунктами настоящих Правил и законодательством. При заключении договора страхования стороны вправе согласовать и иные права и обязанности, не противоречащие законодательству и настоящим Правилам.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. В целях организации предоставления в рамках договора страхования медицинской помощи Застрахованным Страховщик и соответствующая медицинская организация заключают договор, регулирующий их взаимоотношения в части оказания медицинской помощи и порядка ее оплаты (далее — *договор о предоставлении медицинской помощи*).

10.2. Для получения медицинской помощи Застрахованный обращается в предусмотренные условиями страхования медицинские организации как непосредственно, так и — в случае необходимости предварительного согласования времени обращения или иных условий — по телефонам, указанным в страховом Полисе или карточке Застрахованного, если договором страхования не установлен иной порядок получения медицинской помощи. Застрахованный также вправе обратиться к Страховщику за информацией по получению медицинской помощи и/или за согласованием изменений в объеме или порядке получения необходимой медицинской помощи.

10.3. При невозможности оказания Застрахованному медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования, в медицинских организациях, определенных в договоре страхования, Страховщик организует ее выполнение в иной медицинской организации по своему усмотрению, с учетом, если это возможно, пожеланий Страхователя (Застрахованного).

При возможности оказания Застрахованному медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования, в медицинских организациях, определенных в договоре страхования, Страховщик тем не менее вправе по выбору (настоянию) Страхователя (Застрахованного) организовать получение соответствующей медицинской помощи в иной медицинской организации при условиях:

1) наличия такой возможности,

2) уплаты Страхователем дополнительной страховой премии, если это необходимо в соответствии с расчетом, произведенным Страховщиком. Указанные в настоящем пункте изменения стороны согласовывают в письменной форме.

10.4. Для подтверждения признания оказания медицинской помощи обоснованным Застрахованный или Страхователь (их представители или представитель Страховщика) обращаются:

10.4.1. за направлением установленной формы — в предусмотренные договором страхования медицинские организации;

10.4.2. за согласованием в случае необходимости оказания медицинской помощи, входящей в Программы страхования, в медицинских организациях, не предусмотренных условиями договора страхования, или на иных условиях, чем это предусмотрено договором страхования — непосредственно к Страховщику (по телефонам, указанным в Полисе или карточке Застрахованного) не позднее 10 суток до момента обращения (кроме случаев экстренной госпитализации). При этом Страховщик принимает решение об организации предоставления данной медицинской помощи и ее оплате (или об отказе в организации и оплате) в срок до 48 часов с момента соответствующего обращения к Страховщику. Согласование считается надлежаще произведенным, если оно оформлено в виде гарантийного письма от Страховщика в медицинскую организацию (стороны вправе использовать и другую, достаточную в соответствии с действующим

законодательством, форму такого согласования). При необходимости за указанным согласованием может обратиться и медицинская организация.

10.5. При обращении Застрахованного за медицинской помощью предъявляется индивидуальный страховой документ (Полис и/или карточка Застрахованного), а также документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

10.6. Медицинская помощь, обоснованно оказанная Застрахованному в соответствии с условиями договора страхования, оплачивается (полностью или частично — в зависимости от объема страховой ответственности по договору страхования) на основании счетов, квитанций или иных документов, подтверждающих факт, объем и стоимость оказания медицинской помощи в соответствии с договором о предоставлении медицинской помощи.

10.7. Страховщик анализирует полученные документы на соответствие предъявляемых ему к оплате расходов по оказанной медицинской помощи объему страховой ответственности по договору страхования, проверяет правильность указания стоимости каждой услуги и других данных, необходимых для принятия решения в отношении страховой выплаты.

10.8. При обоснованном получении Застрахованным медицинской помощи Страховщик в пределах соответствующих страховых сумм оплачивает счета медицинской организации, оказавшей Застрахованному медицинскую помощь; при этом оплата стоимости полученной Застрахованным медицинской помощи производится по тарифам, в порядке и в сроки, установленные в договоре о предоставлении медицинской помощи, в том числе, авансовыми платежами;

10.9. В случае, когда Застрахованный (Страхователь) по какой-либо причине оплатил медицинской организации из личных (собственных) средств стоимость обоснованно полученной Застрахованным медицинской помощи, Страховщик возмещает Застрахованному (Страхователю) фактически израсходованные на получение данной медицинской помощи средства. Для этого Застрахованным (Страхователем) надлежит предъявить Страховщику в течение 30 дней со дня оказания медицинской помощи заявление о выплате страхового возмещения и оригинальные документы, подтверждающие факт оказания соответствующей медицинской помощи и ее оплаты в течение действия страхования (при непредъявлении названных документов в указанный срок Страховщик вправе отказать в выплате). Страховщик в течение 30 дней после предъявления названных документов составляет Страховой Акт (Акт экспертизы страхового случая) и производит компенсацию расходов, признанных обоснованными.

10.10. При необходимости дополнительной проверки и анализа полученных документов и/или обстоятельств страхового случая Страховщик вправе отсрочить принятие решения о страховой выплате на дополнительный срок до 30 рабочих дней. Обязанность по обоснованию необходимости задержки выплаты страхового возмещения лежит, при возникновении спора, на Страховщике.

10.11. Данные об оказанной медицинской помощи (наименование, дата обращения, стоимость и т.п.) могут заноситься в регистрационные карточки, на пластиковые карты или иные носители. При занесении данных в регистрационные карточки ставится отметка медицинской организации.

10.12. Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения полностью или в соответствующей части в случаях:

10.12.1. наступления события, подпадающего под признаки нестрахового;

10.12.2. умышленного обмана Страховщика (в том числе предоставления Страхователем (страхуемым лицом, Застрахованным) несоответствующих действительности документов или заведомо ложной информации, умышленного сокрытия информации, имеющей существенное значение для суждения о степени страхового риска);

10.12.3. неисполнения Страхователем (Застрахованным) своих обязанностей, влияющих на обязанность Страховщика произвести выплату или на ее объем;

10.12.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством, Правилами (Выпиской из правил, Условиями страхования) или условиями договора страхования.

10.13. Страховщиком не оплачиваются:

10.13.1. расходы, возникшие по окончании периода действия страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение действия договора страхования и продолжающейся до момента устранения угрозы жизни Застрахованного;

10.13.2. отдельно стоимость трансплантатов, эндопротезов, протезов, имплантатов, а также расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях, если иное прямо не оговорено условиями договора страхования;

10.13.3. дополнительные расходы, самостоятельно произведенные Застрахованным сверх оговоренных условиями договора страхования.

10.13.4. Во всех случаях отказа в выплате или ее задержки Страховщик по запросу Страхователя письменно информирует его о причинах отказа или задержки.

10.15. В случае обоснованного отказа Страховщика в выплате оплата оказанной Застрахованному медицинской помощи производится Страхователем (Застрахованным) за счет своих средств.

10.16. Условиями договора страхования по соглашению Сторон может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть затрат (*франшиза*), связанных с получением Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования. При этом исчисленная в соответствии с условиями договора страхования часть суммы страхового возмещения подлежит оплате за счет личных (собственных) средств Застрахованного (Страхователя).

10.16.1. Франшиза может устанавливаться как в абсолютной величине, так и в процентах от страховой суммы или от суммы, исчисляемой Страховщиком к каждой отдельной выплате страхового возмещения, согласно условиям договора страхования.

10.16.2. При *условной франшизе* Страховщик освобождается от исполнения обязательств по выплате страхового возмещения, если исчисленный размер страхового возмещения не превышает размера франшизы. В противном случае страховое возмещение выплачивается в первоначально исчисленном размере.

10.16.3. При *безусловной франшизе* страховое возмещение во всех случаях выплачивается за вычетом франшизы.

10.16.4. Франшиза учитывается по каждому страховому случаю, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

11.1. Страховщик обеспечивает контроль объема, сроков и качества оказания медицинской организацией медицинской помощи Застрахованному, соответствия их условиям, предусмотренным договором страхования и договором о предоставлении медицинской помощи, а также контроль соблюдения Страхователем и Застрахованным условий договора страхования.

11.1.1. Застрахованный имеет право на проведение независимой экспертизы, оплата которой производится за его счет или за счет Страхователя.

11.2. При возникновении спорной ситуации создается согласительная комиссия, в состав которой входят на паритетной основе представители Страховщика, Страхователя и независимые эксперты. Оплата работы такой комиссии производится за счет стороны, потребовавшей ее создания. При невозможности урегулировать спор указанным образом он разрешается в порядке, установленном разделом 14 настоящих Правил.

11.3. Ответственность Страховщика:

11.3.1. В случае необоснованного отказа медицинской организации от оказания Застрахованному медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования, неполного или некачественного ее оказания, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного):

принимает меры, направленные на то, чтобы предусмотренная договором страхования медицинская помощь была предоставлена Застрахованному в полном объеме;

в случае невозможности устранения нарушения выплачивает Страхователю штраф в согласованном сторонами размере (до 100% стоимости объема не полностью или некачественно оказанной медицинской помощи), если иное не предусмотрено договором страхования.

11.3.2. Если при проведении независимой экспертизы качества проводимого лечения выявлены врачебные ошибки, приведшие к обоснованному увеличению стоимости оказанной медицинской помощи, Страховщик выплачивает страховое возмещение в размере общей стоимости лечения, независимо от размеров страховой суммы; при этом на сумму увеличения стоимости лечения Страховщик вправе предъявить иск медицинской организации, работник которой совершил данные ошибки.

11.3.3. В случае причинения медицинской организацией вреда здоровью Застрахованного, Страховщик в пределах своей компетенции и в соответствии с законодательством содействует привлечению данной медицинской организации к возмещению нанесенного ущерба Застрахованному и несет связанные с этим расходы. В отношении указанных расходов Страховщик вправе предъявить регрессный иск к медицинской организации.

11.3.4. Во всех случаях Страховщик не несет ответственности за последствия изменений по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений, а также в случаях неисполнения Застрахованным предписанного режима и метода лечения.

11.4. Ответственность Страхователя (Застрахованного):

11.4.1. В случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинской организации, медицинская организация вправе прекратить обслуживание Застрахованного, сделав соответствующую отметку в медицинской документации. При этом Страховщик оставляет за собой право приостановить исполнение своих обязательств либо досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного, а уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части).

11.4.2. В случае выявления фактов, свидетельствующих о неправомерных действиях (бездействии) Страхователя (страхуемого лица, Застрахованного) при заключении договора страхования или в течение срока действия договора страхования, состоящих в сокрытии сведений о степени страхового риска или его увеличении (неуведомление об увеличении степени страхового риска расценивается Страховщиком как сокрытие), либо в предоставлении недостоверных сведений, занижающих степень страхового риска или его изменение, Страховщик вправе досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного.

При этом уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части), а Страхователь (Застрахованный) обязан возместить соответствующие расходы Страховщику и/или медицинской организации. Возмещение таких расходов производится по требованию правомочного лица (Страховщика или медицинской организации) в порядке, установленном пунктами 3.5 настоящих Правил.

11.4.3. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховые документы (Полис и/или карточку Застрахованного) с целью получения другим лицом медицинской помощи по договору страхования, Страховщик вправе досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного и отказать в выплате; при этом уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части). При отказе Страховщика в выплате Страхователь (Застрахованный) обязан возместить медицинской организации стоимость медицинской помощи, оказанной лицу, необоснованно воспользовавшемуся Полисом и/или карточкой Застрахованного. Если же счета за оказанную медицинскую помощь были ошибочно оплачены Страховщиком, Страхователь (Застрахованный) обязан компенсировать Страховщику фактически понесенные расходы, а также заплатить

штраф в размере до 100% стоимости оказанной медицинской помощи. Уплата Страхователем (Застрахованным) соответствующих сумм производится по требованию правомочного лица (Страховщика или медицинской организации) в порядке, установленном пунктами 3.5 настоящих Правил.

11.4.4. За необоснованный вызов Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, если факт необоснованности установлен после оплаты этой медицинской помощи Страховщиком, Страхователь (Застрахованный) оплачивает Страховщику фактически понесенные расходы, а также штраф в размере до 100% стоимости необоснованно полученной медицинской помощи. При этом Страховщик вправе досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного, а уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части).

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

вызов осуществлен Застрахованным для медицинской помощи незастрахованному лицу;

при осуществлении вызова Застрахованным представлена искаженная информация, касающаяся места пребывания Застрахованного;

вызов осуществлен не в медицинских целях;

вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи (при наличии соответствующего заключения медицинской экспертизы).

11.4.5. Во всех случаях, предусматривающих на основании настоящих Правил или условий договора страхования уплату Страхователем (Застрахованным) штрафа Страховщику или возмещение Страхователем (Застрахованным) возникших по его (их) вине расходов Страховщика (в том числе стоимости медицинской помощи, ошибочно оплаченной Страховщиком по случаям, не признанным страховыми), Страховщик при нарушении срока уплаты исчисленных сумм, установленного п.3.5 настоящих Правил, вправе приостановить исполнение своих обязательств по договору страхования до момента погашения Страхователем (Застрахованным) указанной задолженности, но не более, чем на один месяц. При непогашении задолженности до истечения названного срока, Страховщик вправе досрочно прекратить действие договора страхования, при этом уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части).

12. ПРАВО СТРАХОВЩИКА НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ (РЕГРЕСС)

12.1. Страховщик, выплативший сумму страхового возмещение по договору страхования в связи с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованного, имеет право обратного требования (регресса) к лицу, виновному в причинении вреда, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

12.2. Для обеспечения возможности Страховщика осуществить право регресса Страхователь обязан передать все имеющиеся у него и относящиеся к данному случаю документы и доказательства Страховщику и выполнить все действия, необходимые для осуществления права регресса. В противном случае Страховщик вправе отказать в выплате или потребовать возврата ранее выплаченного страхового возмещения.

13. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

13.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, не зависящих и не могущих зависеть от волеизъявления сторон, возникших после заключения договора страхования и препятствующих выполнению сторонами своих обязательств по договору, выполнение договора страхования прекращается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Обязанность предоставления доказательств о возникновении таких обстоятельств лежит на стороне договора страхования, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обстоятельств.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров и в порядке досудебного урегулирования претензий, а при недостижении сторонами согласия — в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. Права и обязательства сторон, вытекающие из договора страхования, устанавливаются с учетом информации и положений, содержащихся в "Договоре", Полисе, Правилах (Выписке из Правил, Условиях страхования), а также в других сопровождающих заключение и исполнение договора страхования документах (заявлениях, соглашениях, договорах о предоставлении медицинской помощи и т.п.). При этом вопросы, связанные с заключением и исполнением договора страхования, не урегулированные названными в "Договоре" (Полисе) документами с учетом их установленного "Договором" (Полисом) приоритета, разрешаются на основании действующего гражданского законодательства Российской Федерации (в том числе путем применения установленных законодательством правил толкования договоров).

15. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

15.1. Вся необходимая Застрахованному медицинская документация выдается ему (или уполномоченному им лицу) на общих основаниях согласно действующему законодательству.

15.2. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией страхуемого лица (Застрахованного), отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние (состояние здоровья), установленные

диагнозы, ранее полученную медицинскую помощь, ход лечения и прогноз его результатов, результаты медицинских экспертиз, консилиумов, клинических разборов и освидетельствований, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с заключением и исполнением договора страхования, защитой прав Застрахованного.

15.2.1. Страхуемое лицо (Застрахованный) обязан непосредственно (или через своего представителя) или через Страхователя предоставить Страховщику право полного доступа к указанной информации, освободив от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком сотрудников медицинских организаций. Это право предоставляется Застрахованным Страховщику в любой письменной форме (например, в виде записи на бланке Заявления на страхование, Полиса, карточки Застрахованного или в виде отдельного документа) до заключения договора страхования или в период его действия.

15.2.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе обязуется не передавать указанную информацию без письменного согласия Застрахованного (за исключением случаев, предусмотренных законодательством) каким-либо третьим лицам, а также и Страхователю, если договором страхования не предусмотрен иной не противоречащий законодательству порядок соблюдения конфиденциальности.

15.3. Страховщик и Страхователь вправе совершать действия, предусмотренные законодательством Российской Федерации о персональных данных и направленные на соблюдение соответствующих правовых норм (исполнение предписаний законодательства) в части обработки (сбора, систематизации, использования, передачи, обновления и т.д.), в том числе с применением средств автоматизации, персональных данных субъектов страхования (страхуемых, Застрахованных, Страхователей).

16. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

16.1. Общая часть.

16.1.1. Данные Правила страхования разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации с учетом положений и требований базовых стандартов: «Базовый стандарт защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации» и «Базовый стандарт совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке», утвержденные Банком России (Протокол КФНП-24 от 9 августа 2018г), далее – именуемые Базовые стандарты.

16.1.2. Базовые стандарты обязательны к применению всеми страховыми организациями вне зависимости от их членства в саморегулируемой организации в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации (далее – саморегулируемая организация), и действуют в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации и нормативным актам Банка России.

16.1.3. Страховщик должен обеспечивать соблюдение требований Базовых стандартов от третьего лица, действующего по его поручению от его имени и (или) в его интересах, в том числе на основании гражданско-правового договора и (или) доверенности.

16.1.4. Страховщик обязан соблюдать требования, определенные законодательством Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами при обеспечении защиты информации, полученной Страховщиком при осуществлении им страховой деятельности, включая обеспечение ее целостности, доступности и конфиденциальности, независимо от формы ее представления, а также защите персональных данных получателей страховых услуг.

16.2. Термины и определения:

16.2.1. Страховщик – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и (или) перестрахованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством порядке.

16.2.2. Страхователь – юридическое лицо или физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем в силу закона.

16.2.3. Получатель страховых услуг – физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

16.2.4. Страховые услуги – финансовые услуги страховых организаций по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования.

16.2.5. Страховой агент – физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, осуществляющее деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными ему полномочиями.

16.2.6. Официальный сайт – сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном

реестре субъектов страхового дела.

16.2.7. Личный кабинет – информационный ресурс, который размещен на официальном сайте страховой организации, позволяющий получателю страховых услуг взаимодействовать со страховой организацией.

16.2.8. Офис – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

16.2.9. Обращение (жалоба) – направленная в страховую организацию получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью страховой организации по оказанию страховых услуг.

16.2.10. Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор страхования;

16.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг.

16.3.1. Информация, подлежащая раскрытию Страховщиком (представителем страховщика) доводится до получателей страховых услуг в соответствии с принципами: на равных правах, в равном объеме для всех, в доступной форме на русском языке, без затрат или совершения дополнительных действий, не предусмотренных законодательством РФ, при этом не допускается искажение смысла информации, приводящее к двусмысленности или иным образом допускающее неоднозначное толкование свойств страховых услуг.

16.3.2. Страховщик (представитель страховщика) до заключения договора страхования обязан предоставить информацию о страховых услугах любому обратившемуся за ней лицу без исключений (либо потенциальному получателю страховых услуг для ознакомления при заключении с ним договора страхования, либо при обращении с намерением заключить договор страхования) в устной бумажной или электронной форме, в том числе посредством сети «Интернет» на сайте Страховщика.

16.3.3. При заключении договора страхования Страховщик (представителем страховщика) предоставляет следующая информация получателю страховых услуг (Страхователю):

1) об основных условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

2) о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, о последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

3) о применяемых франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

5) о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя, если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг.

6) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

7) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения, если это предусмотрено Правилами страхования, в соответствии с действующим законодательством;

8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

9) о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества.

16.3.4. Основными принципами предоставления информации рекламного характера о деятельности страховой организации являются законность, добросовестность, достоверность и полнота сообщаемых сведений.

16.3.5. Информация рекламного характера не должна содержать каких-либо текстовых, звуковых или визуальных обращений или заявлений, которые прямо или косвенно, посредством замалчивания, двусмысленности или преувеличения, могут ввести получателя страховых услуг в заблуждение, в частности, в отношении условий страховых услуг, которые могут повлиять на выбор получателя страховых услуг.

16.4. Общий порядок взаимодействия с получателями страховых услуг.

16.4.1. Получатель страховых услуг должен быть проинформирован о способах и порядке подачи в страховую организацию письменного или устного заявления о заключении договора страхования, или об ином порядке заключения договора страхования, расторжения договора, или отказа Страхователя от договора страхования.

16.4.2. Страховщик не может ставить заключение договора страхования по одному виду страхования в зависимость от наличия (заключения) договора по другому виду страхования, а также от наличия (заключения) договоров оказания иных видов финансовых услуг, за исключением договоров комбинированного страхования.

Не является нарушением предложение страховых продуктов, которые предполагают наличие у получателя страховых услуг других договоров страхования или договоров оказания финансовых услуг (например, страхования рисков заемщиков кредита при наличии кредитного договора).

16.4.3. В случае расторжения договора страхования или отказа страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление страхователя о возврате уплаченной страховой премии части страховой премии.

Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном страховой организацией офисе, либо посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика.

16.4.4. По запросу, позволяющему идентифицировать получателя страховых услуг, Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный страховой организацией расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

16.4.5. Страховщик при заключении договора страхования обязан предоставить получателю страховых услуг правила, программы, планы, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

16.4.6. Если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у получателя страховых услуг, то Страховщик информирует Страхователя о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя.

16.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 16.3.3, 16.4.5 и 16.4.6 фиксироваться любым из следующих способов:

- 1) подписью получателя страховых услуг;
- 2) проставлением получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме в личном кабинете (при его наличии);
- 3) аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой страховой организацией с согласия получателя страховых услуг в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- 4) иным способом, предусмотренным законом или согласованным с получателем страховых услуг.

16.4.8. Если договором страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования застрахованного лица (выгодоприобретателя), в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо (собственник строения, пассажир определенного транспортного средства, участник мероприятия, владелец билета, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.), а также предусмотрена обязательная идентификация застрахованного лица (выгодоприобретателя) при урегулировании убытка.

16.5. Полномочия и условия совершения операций, связанных с заключением, расторжением и исполнением договора страхования.

16.5.1. Для заключения от имени Страховщика договора страхования работник страховщика, страховой агент (страховой брокер) должны иметь необходимые полномочия.

Для выполнения иных действий по оформлению договора страхования работнику страховщика доверенность не требуется.

16.5.2. При подписании договора страхования работником страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

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

16.5.3. Страховой агент (страховой брокер), представляя Страховщика в отношениях со Страхователем при

заключении договора страхования, действует от имени Страховщика и по его поручению в соответствии с предоставленными полномочиями.

Такие полномочия определяются и подтверждаются заключенным со страховщиком гражданско-правовым договором (договор поручения, договор агентирования, договор об оказании услуг страхового брокера) и (или) доверенностью на заключение договоров страхования.

16.5.4. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником страховщика) лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица.

16.5.5. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем страховщика с соблюдением следующих требований:

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

16.5.6. В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

16.5.7. Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

16.5.8. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то договором страхования также должны предусматриваться последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

16.5.9. 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.

16.5.10. Страховщик обеспечивает соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

16.5.11. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (выгодоприобретателя, страхователя, застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

16.6. Порядок и условия взаимодействия при урегулировании требований о страховой выплате.

16.6.1. Страховщик при заключении договора страхования информирует получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или правил страхования, а также своевременно информирует получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении.

16.6.2. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

- 1) обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.
- 2) о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения.

16.6.3. При личном обращении получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

16.6.4. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

16.6.5. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, 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.

16.6.6. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

16.6.7. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, за исключением медицинского страхования, подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указание на компенсацию ущерба в натуральной форме, с перечнем имущества, передаваемого получателю страховых услуг в качестве страхового возмещения, ремонтных (восстановительных) работ, иных действий по страховому возмещению в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

16.6.8. В случае наличия в договоре и (или) правилах страхования условия осуществления выплаты с учетом износа застрахованного имущества страховая организация предоставляет получателю страховых услуг по его письменному запросу письменный расчет суммы страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа застрахованного имущества.

16.6.9. По письменному запросу получателя страховых услуг страховая организация в срок, не превышающий тридцати дней, обязана предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

16.6.10. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) страховая организация в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует получателя страховых услуг 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..

16.6.11. Страховая организация по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

16.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг.

16.7.1. Подлежат обязательному рассмотрению Страховщиком обращения получателя страховых услуг или его представителя, в том числе переадресованные из органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных организаций, а также запросы и обращения, поступившие в рамках обязательного взаимодействия с финансовым уполномоченным (согласно ст. 28 федерального закона от 04.06.2019 №123-ФЗ).

16.7.2. Поступившее обращение подлежит обязательной регистрации в течение трех рабочих дней, при этом Страховщик информирует получателя страховых услуг о получении его обращения (при поступлении обращения в бумажной форме такое информирование осуществляется по запросу получателя страховых услуг).

16.7.3. Предельный срок рассмотрения обращения составляет тридцать дней с момента регистрации обращения, за исключением случаев, когда для ответа на обращение необходимо проведение проверки (экспертизы) и (или) получения документов от других организаций, о чем получатель страховых услуг должен быть письменно уведомлен страховой организацией в установленный для рассмотрения обращений срок.

16.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 16.7.5.

Ответ на обращение подписывается руководителем страховой организации или иным уполномоченным лицом и подлежит обязательной регистрации.

16.7.5. Ответ на обращение не дается в следующих случаях:

1) в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;

2) текст обращения не поддается прочтению;

3) в обращении содержатся только те вопросы, на которые получателю страховых услуг ранее давался ответ по

существо, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;

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

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

6) из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.

16.7.6. Страховщик обязан ежегодно представлять в саморегулируемую организацию отчет об обращениях получателей страховых услуг за календарный год в порядке, установленном внутренним документом саморегулируемой организации.

Приложение № 1.1

к Правилам добровольного медицинского страхования (№10300/002)

**ТИПОВАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Комплексная программа добровольного медицинского страхования предусматривает предоставление Застрахованным различных видов медицинской помощи по договорам коллективного добровольного страхования, включая работы и услуги по специальностям:

- акушерское дело, акушерство и гинекология
- аллергология и иммунология
- анестезиология и реаниматология
- гастроэнтерология
- гематология
- генетика
- гериатрия
- гипер-(гипо) барическая оксигенация
- дерматовенерология
- детская онкология
- детская хирургия
- детская эндокринология
- диабетология
- диетология
- инфекционные болезни
- кардиология
- клиническая лабораторная диагностика
- клиническая фармакология
- колопроктология
- лабораторная генетика
- лабораторная диагностика
- лечебная физкультура и спортивная медицина
- лечебное дело
- мануальная терапия
- медицинский массаж
- неврология
- нейрохирургия
- неонатология
- нефрология
- новые клеточные технологии в здравоохранении
- общая врачебная практика (семейная медицина)
- общая практика
- онкология
- операционное дело
- ортодонтия
- отоларингология
- офтальмология
- педиатрия
- профилактическая медицина
- профпатология
- психиатрия
- психиатрия-наркология
- психотерапия
- пульмонология
- радиология
- ревматология
- рентгенология
- рефлексотерапия
- сексология
- сердечно-сосудистая хирургия
- сестринское дело
- сестринское дело в педиатрии
- скорая медицинская помощь
- скорая трансфузиологическая помощь
- стоматология
- стоматология детская
- стоматология ортопедическая
- стоматология профилактическая
- стоматология терапевтическая
- стоматология хирургическая
- сурдология-оториноларингология
- терапия
- токсикология
- торакальная хирургия
- травматология и ортопедия
- традиционная медицина
- трансплантология
- трансфузиология
- ультразвуковая диагностика
- урология
- физиотерапия
- фтизиатрия
- функциональная диагностика
- хирургия
- челюстно-лицевая хирургия
- эндокринология
- эндоскопия
- эпидемиология

предоставляемые в медицинских учреждениях и вне их (в том числе, на дому), в форме:

1. Амбулаторно-поликлинической и доврачебной помощи:
 - 1.1. Поликлиническое обслуживание
 - 1.2. Стоматологическая помощь
 - 1.3. Помощь на дому
 - 1.4. Неотложная медицинская помощь
 - 1.5. Диспансерное наблюдение и обследование
2. Стационарной помощи
3. Скорой и неотложной медицинской помощи
4. Реабилитационно-восстановительного и профилактического лечения (в том числе и санаторно-курортного лечения)

Если иное не предусмотрено договором страхования в комплексную программу страхования не входит:

1. Оказание медицинской помощи в связи с лечением следующих заболеваний (с момента постановки диагноза):
 - 1.1. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;
 - 1.2. врожденных наследственных заболеваний, в том числе крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
 - 1.3. венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
 - 1.4. психических заболеваний, органических психических расстройств (включая симптоматические), расстройств поведения, настроения, личности, невротических и соматоформных расстройств;
 - 1.5. эпилепсии;
 - 1.6. алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;
 - 1.7. сахарного диабета и его осложнений;

- 1.8. системных поражений соединительной ткани, ревматоидного артрита, болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилит), демиелинизирующих болезней центральной нервной системы;
- 1.9. туберкулеза;
- 1.10. хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
- 1.11. острой и хронической лучевой болезни;
- 1.12. профессиональных заболеваний;
- 1.13. бесплодия (мужского и женского), импотенции.
2. Оказание медицинской помощи, непосредственно связанной с протекающей беременностью при сроках свыше 8 недель; прерыванием беременности, не обоснованным медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности.
3. Оказание медицинской помощи по устранению ортодонтических нарушений у детей и взрослых.
4. Оказание медицинской помощи по устранению косметических дефектов лица, тела, конечностей не зависимо от времени их возникновения.
5. Проведение программного гемодиализа.
6. Протезирование всех видов, в том числе трансплантация, зубопротезирование и подготовка к нему, включая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб без медицинских показаний и пр., а также восстановление разрушенной более чем на 50 % коронки зуба с использованием анкерных штифтов.
7. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикулотермопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, мануальная, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цугунтерапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).
8. Услуги психотерапевта.
9. Услуги по планированию семьи.

Оказание исключенной из типовой комплексной программы медицинской помощи, может быть включено в комплексную программу договора страхования на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

Договор страхования в рамках согласованных условий реализации комплексной программы добровольного медицинского страхования может быть заключен с установлением:

- страховых сумм в отношении получения Застрахованным (Застрахованными) отдельных видов медицинской помощи;
- минимальной страховой суммы в отношении одного Застрахованного или видов медицинской помощи;
- максимального количества обращений Застрахованного (Застрахованных) за получением всех или некоторых видов медицинской помощи;
- франшиз.

ТИПОВАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Индивидуальные программы добровольного медицинского страхования предусматривают предоставление Застрахованным на определенных договором страхования условиях различных видов медицинской помощи, включая работы и услуги по специальностям:

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| • акушерское дело, акушерство и гинекология | • медицинский массаж | • сестринское дело в педиатрии |
| • аллергология и иммунология | • неврология | • скорая медицинская помощь |
| • анестезиология и реаниматология | • нейрохирургия | • скорая трансфузиологическая помощь |
| • гастроэнтерология | • неонатология | • стоматология |
| • гематология | • нефрология | • стоматология детская |
| • генетика | • новые клеточные технологии в здравоохранении | • стоматология ортопедическая |
| • гериатрия | • общая врачебная практика (семейная медицина) | • стоматология профилактическая |
| • гипер-(гипо) барическая оксигенация | • общая практика | • стоматология терапевтическая |
| • дерматовенерология | • онкология | • стоматология хирургическая |
| • детская онкология | • операционное дело | • сурдология-оториноларингология |
| • детская хирургия | • ортодонтия | • терапия |
| • детская эндокринология | • отоларингология | • токсикология |
| • диабетология | • офтальмология | • торакальная хирургия |
| • диетология | • педиатрия | • травматология и ортопедия |
| • инфекционные болезни | • профилактическая медицина | • традиционная медицина |
| • кардиология | • профпатология | • трансплантология |
| • клиническая лабораторная диагностика | • психиатрия | • трансфузиология |
| • клиническая фармакология | • психиатрия-наркология | • ультразвуковая диагностика |
| • колопроктология | • психотерапия | • урология |
| • лабораторная генетика | • пульмонология | • физиотерапия |
| • лабораторная диагностика | • радиология | • фтизиатрия |
| • лечебная физкультура и спортивная медицина | • ревматология | • функциональная диагностика |
| • лечебное дело | • рентгенология | • хирургия |
| • мануальная терапия | • рефлексотерапия | • челюстно-лицевая хирургия |
| | • сексология | • эндокринология |
| | • сердечно-сосудистая хирургия | • эндоскопия |
| | • сестринское дело | • эпидемиология |

предоставляемые в медицинских учреждениях и вне их (в том числе, на дому), в форме:

1. Амбулаторно-поликлинической и доврачебной помощи:
 - 1.1. Поликлиническое обслуживание
 - 1.2. Стоматологическая помощь
 - 1.3. Помощь на дому
 - 1.4. Неотложная медицинская помощь
 - 1.5. Диспансерное наблюдение и обследование
2. Стационарной помощи
3. Скорой и неотложной медицинской помощи
4. Реабилитационно-восстановительного и профилактического лечения (в том числе и санаторно-курортного лечения)

В индивидуальную программу страхования не входит оказание медицинской помощи в связи с лечением заболеваний, не предусмотренных в договоре страхования, в том числе сопутствующих заболеваний, выявленных в процессе оказания Застрахованному медицинской помощи. Оказание такой помощи может быть включено в индивидуальные программы на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

Договор страхования в рамках согласованных условий реализации индивидуальной программы добровольного медицинского страхования может быть заключен с установлением:

- страховых сумм в отношении получения Застрахованным (Застрахованными) отдельных видов медицинской помощи;
- минимальной страховой суммы в отношении одного Застрахованного или видов медицинской помощи;
- максимального количества обращений Застрахованного (Застрахованных) за получением всех или некоторых видов медицинской помощи;
- франшиз.

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Программа медикаментозного лечения предусматривает предоставление Застрахованным разрешенных к использованию в Российской Федерации лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе проведение лечения, следующих групп препаратов:

- Сердечно-сосудистые средства
- Диуретики и препараты с диуретическим эффектом
- Средства, применяемые в неврологии
- Анальгетики
- Противовоспалительные средства
- Антибиотики
- Противомикробные средства
- Противовирусные средства
- Противопротозойные средства
- Противопаразитные средства
- Противогрибковые средства
- Средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии
- Противоаллергические средства
- Бронхо-легочные средства
- Препараты половых гормонов и препараты – антагонисты половых гормонов
- Анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги
- Кортикотропины, гонадотропины и препараты, влияющие на продукцию гормонов
- Средства, влияющие на различные виды обмена
- Средства для лечения заболевания щитовидной железы
- Средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз
- Витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения
- Средства, влияющие на иммунитет
- Препараты иммуноглобулинов
- Средства, влияющие на тонус и сократительную активность миометрия
- Средства, применяемые в гинекологии
- Средства, применяемые в оториноларингологии
- Средства, применяемые в стоматологии
- Средства, применяемые в офтальмологии
- Средства, применяемые в проктологии
- Средства, применяемые в урологии
- Средства для наружного применения
- Средства, применяемые в дерматологии
- Средства с дезинфицирующим и антисептическим действием
- Средства, применяемые в микропедиатрии и педиатрии

Если иное не предусмотрено договором страхования, в типовую программу медикаментозного лечения не входит:

1. Медикаментозное лечение следующих заболеваний:

- 1.1. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;
- 1.2. врожденных и наследственных заболеваний, в том числе крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
- 1.3. венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
- 1.4. психических заболеваний, органических психических расстройств (включая симптоматические), расстройств поведения, настроения, личности, невротических и соматоформных расстройств;
- 1.5. эпилепсии;
- 1.6. алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;
- 1.7. сахарного диабета и его осложнений;
- 1.8. системных заболеваний соединительной ткани, ревматоидного артрита, болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилит), демиелинизирующих болезней центральной нервной системы;
- 1.9. туберкулеза;
- 1.10. хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
- 1.11. острой и хронической лучевой болезни;
- 1.12. профессиональных заболеваний;
- 1.13. бесплодия (мужского и женского), импотенции.

2. Медикаментозное лечение акушерско-гинекологического профиля, непосредственно связанное с протекающей беременностью при сроках свыше 8 недель.

3. Медикаментозное лечение с применением:

- 3.1. гомеопатических средств;
- 3.2. вакцин у детей (не календарного плана) и взрослых с целью профилактических прививок;
- 3.3. питательных смесей и корректирующих добавок к питанию;
- 3.4. средств контрацепции всех видов;
- 3.5. средств для коррекции половой функции у мужчин;
- 3.6. средств диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;
- 3.7. изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными (кроме шприцов и перевязочного материала);
- 3.8. косметических и гигиенических средств, в том числе зубных паст;
- 3.9. средств медицинской реабилитации.

4. Медикаменты, используемые при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, а также в качестве неотъемлемой части медицинских методик (эти медикаменты входят в стоимость соответствующей медицинской помощи по другим программам страхования).

5. Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача медицинской организации, предусмотренной Договором страхования.

Предоставление лекарственных препаратов, необходимых для проведения отдельных видов лечения из настоящего списка, может быть включено в программу медикаментозного лечения на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

Договор страхования в рамках согласованных условий реализации программы медикаментозного лечения может быть заключен с установлением:

- страховых сумм в отношении получения Застрахованным (Застрахованными) отдельных групп лекарственных препаратов;
- минимальной страховой суммы в отношении одного Застрахованного или групп лекарственных препаратов;
- максимального количества обращений Застрахованного (Застрахованных) за получением всех или некоторых групп лекарственных препаратов;
- франшиз.

Тарифные ставки по программам добровольного медицинского страхования

1. Тарифы по комплексной программе добровольного медицинского страхования

Базовые тарифы*		
№	Вид медицинской помощи (медицинских услуг)	Тариф от общей страховой суммы по договору
1	Амбулаторно-поликлиническая помощь	35,00 %
1.1	Поликлиническое обслуживание	10,50 %
1.2	Стоматологическая помощь	12,25 %
1.3	Помощь на дому	4,55 %
1.4	Неотложная медицинская помощь	4,20 %
1.5	Диспансерное наблюдение и обследование	3,50 %
2	Стационарная помощь	37,00 %
3	Скорая медицинская помощь	15,00 %
4	Реабилитационно-восстановительное и профилактическое лечение (в том числе и санаторно-курортное лечение)	76,00 %
	Полный комплекс	48,00 %

* Базовые тарифы рассчитаны из условий коллективного страхования, единовременной уплаты страховой премии и срока действия договора страхования – 1 год.

Итоговый страховой тариф при страховании по комплексной программе добровольного медицинского страхования определяется перечнем медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования, и условиями реализации комплексной программы добровольного медицинского страхования.

В соответствии с результатами анкетирования, медосмотра или предварительного обследования Застрахованных, выбора медицинской организации, в которой предположительно будут обслуживаться Застрахованные, при численности Застрахованных менее 200 человек, при страховании не по полному комплексу, а также наличия иных рисков факторов, в зависимости от их степени влияния, могут устанавливаться поправочные коэффициенты, указанные в п.4 настоящего Приложения, в общих пределах от 0,2 до 5 от базовых тарифов.

2. Тарифы по индивидуальной программе добровольного медицинского страхования

Страховой тариф по индивидуальной программе добровольного медицинского страхования определяется перечнем медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, и условиями ее реализации. В качестве базовых тарифов принимаются тарифы по комплексной программе добровольного медицинского страхования. Минимальные страховые суммы по видам медицинской помощи устанавливаются андеррайтером.

В соответствии с результатами анкетирования, медосмотра или предварительного обследования Застрахованного, выбора медицинской организации, в которой предположительно будет обслуживаться Застрахованный, а также наличия и/или отсутствия иных рисков факторов, в зависимости от их степени влияния, могут устанавливаться поправочные коэффициенты указанные в п.4 настоящего Приложения, в общих пределах от 0,2 до 10 от базовых тарифов.

3. Тарифы по программе медикаментозного лечения добровольного медицинского страхования

Базовый страховой тариф по программе медикаментозного лечения добровольного медицинского страхования составляет 68 %. Итоговый тариф определяется в соответствии с условиями реализации программы медикаментозного лечения добровольного медицинского страхования.

В соответствии с результатами анкетирования, медосмотра или предварительного обследования Застрахованного, выбора медицинской организации, у которой предположительно будет обслуживаться Страхователь (Застрахованный), а также наличия и/или отсутствия иных рисков факторов, в зависимости от их степени влияния, могут устанавливаться поправочные коэффициенты, указанные в п.4 настоящего Приложения, в общих пределах от 0,2 до 10 от базовых тарифов.

4. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам

4.1. Общие поправочные коэффициенты

Основание для введения поправочного коэффициента	Поправочный коэффициент
1. Заключение договора по программе медикаментозного лечения в комплексе с индивидуальной или комплексной программой добровольного медицинского страхования	0,95
2. Установление: а) отдельных страховых сумм (лимитов ответственности) в отношении получения Застрахованным (Застрахованными) отдельных видов медицинской помощи; б) минимальной страховой суммы в отношении одного Застрахованного или видов медицинской помощи; в) максимального количества обращений Застрахованного (Застрахованных) за получением всех или некоторых видов медицинской помощи	устанавливается андеррайтером
3. Средний возраст Застрахованных более 45 лет	1,3
4. Профессиональная деятельность, увлечения или хобби Застрахованного связаны с повышенным риском обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. наличие вредных условий труда на производстве, где работает Застрахованный)	1,10–2,50
5. Проведение постоянных профилактических мероприятий на производстве, где работает Застрахованный	0,9–1,0
6. Отсутствие предварительного медицинского осмотра	1,50–2,45
7. Отсутствие предварительного медицинского анкетирования	1,20–2,45
8. Проведение предварительного комплексного медицинского осмотра (или п.11 по выбору андеррайтера)	0,85
9. Проведение предварительного медицинского анкетирования	0,90
10. Наличие у Застрахованного хронического заболевания, беременности, инвалидности, необходимость постороннего ухода, предпенсионного (пяти-летний период до пенсии), пенсионного или раннего детского возраста	1,0-3,00
11. Отсутствие у Застрахованного хронических заболеваний по результатам предварительного обследования и/или на основании данных амбулаторно-поликлинической карты Застрахованного (или п.8 по выбору андеррайтера)	0,50-1,00
12. Организация медицинского обслуживания через семейного или доверенного врача	0,80–0,95
13. Включение в договор добровольного медицинского страхования по соглашению сторон дополнительных условий, влияющих на степень страхового риска и/или на стоимость оказываемой медицинской помощи (услуг) (за исключением указанных в п.14)	0,20-5,00
14. Страхование в отношении рисков, перечисленных в п.3.3 Правил и/или исключениях из объема страхового покрытия по Программам страхования	устанавливается андеррайтером

4.2. Поправочные коэффициенты, зависящие от численности Застрахованных

Численность Застрахованных	Поправочный коэффициент
201–500	0,95
501–1000	0,90
Более 1000 человек	0,85

4.3. Поправочные коэффициенты, зависящие от сроков уплаты страховой премии

Срок уплаты страховой премии	Поправочный коэффициент
Единовременная уплата	1,00
В течение 1 месяца	1,03
В течение 1 квартала	1,08
В течение 2 кварталов	1,12
В течение 3 кварталов	1,15
В течение 4 кварталов	1,18

При заключении договора страхования с периодом действия страхования и сроком уплаты страховой премии более года поправочный коэффициент устанавливается андеррайтером.

4.4. Поправочные коэффициенты при частичном возмещении расходов (при страховании с франшизой)

4.4.1. При определении франшизы от страховой суммы:

Размер франшизы (в % от страховой суммы)	Поправочный коэффициент при страховании с безусловной франшизой	Поправочный коэффициент при страховании с условной франшизой
1 %	0,981	-
2 %	0,962	-
3 %	0,944	-
4 %	0,925	-
5 %	0,906	-
10 %	0,814	0,997
15 %	0,724	0,990
20 %	0,637	0,977
25 %	0,553	0,958
30 %	0,475	0,930
35 %	0,402	0,894
40 %	0,334	0,849
45 %	0,273	0,796
50 %	0,218	0,734
55 %	0,170	0,664
60 %	0,128	0,589
65 %	0,093	0,508
70 %	0,065	0,425
75 %	0,042	0,340

4.4.2. При определении франшизы от страховой выплаты:

Размер безусловной франшизы (в % от страховой выплаты)	Поправочный коэффициент
90 %	0,35
85 %	0,38
80 %	0,42
75 %	0,45
70 %	0,48
65 %	0,52
60 %	0,55
55 %	0,57
50 %	0,60
45 %	0,65
40 %	0,70
35 %	0,75
30 %	0,80
25 %	0,85
20 %	0,90
15 %	0,92
10 %	0,95
5 %	0,98

4.5. Поправочные коэффициенты к базовым тарифам в зависимости от предыдущего опыта страхования

Поправочные коэффициенты к базовым тарифам применяются при заключении договора добровольного медицинского страхования на срок не менее одного года, если в период действия предыдущего договора добровольного медицинского страхования страховые выплаты не превысили 90% от рассчитанной по данному договору нетто-ставки и со времени окончания предыдущего договора добровольного медицинского страхования прошло не более 1 месяца.

Число лет последовательного непрерывного страхования, при котором страховые выплаты не превышали 90 % от нетто-ставки	Поправочный коэффициент
1 год	0,97
2 года	0,94
3 года	0,91
4 года	0,88
5 лет	0,85
6 и более лет	0,80

4.6. Страхование на срок менее 1 года

Срок страхования	Поправочный коэффициент
≤ 1 мес.	0,25
≤ 2 мес.	0,35
≤ 3 мес.	0,45
≤ 4 мес.	0,55
≤ 5 мес.	0,65
≤ 6 мес.	0,70
≤ 7 мес.	0,80
≤ 8 мес.	0,85
≤ 9 мес.	0,90
≤ 10 мес.	0,95
≤ 11 мес.	0,98
≤ 12 мес.	1,00

4.7. Страхование на срок более 1 года

При страховании на срок два года или большее число лет страховая премия исчисляется за каждый год в размере годовой премии, определяемой в соответствии с настоящим Приложением, и уплачивается в порядке, установленном договором страхования.

При страховании на срок, не кратный 12 месяцам, дополнительная страховая премия, превышающая таковую по целым годам страхования, исчисляется умножением ежемесячной доли годовой страховой премии на число месяцев страхования по неполному году страхования.

При уплате страховой премии одновременно за весь срок страхования, превышающий один год, андеррайтером применяются поправочные коэффициенты в диапазоне от 0,8 до 0,98.

5. Установление поправочных коэффициентов андеррайтером Страховщика

Страховщик вправе применять иные поправочные коэффициенты, кроме установленных в п.4 настоящего Приложения, в пределах диапазона, определенного пп.1-3 настоящего Приложения.