



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 03.02.2021 г. приказ № 0203/А-1

Приложение №1 к Приказу № 0203/А-1 от 03.02.2021г.
Я.В. Остудин



**ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ПЕРЕДАЮЩИХСЯ КЛЕЩОМ**

(№ 4130/002) ¹

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой риск.
5. Страховые случаи
6. Страховая сумма
7. Страховая премия
8. Заключение договора страхования, вступление договора в силу
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты
11. Прекращение действия договора страхования
12. Персональные данные
13. Прочие условия
14. Исковая давность. Порядок разрешения споров
15. Основные положения взаимодействия с потребителями страховых услуг

Приложения

¹. Указанный номер 4130 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 законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу страхования граждан на случай профилактики и лечения заболеваний, передающихся клещом

1.2. По договору страхования на случай профилактики и лечения заболеваний, передающихся клещом Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при укусе клеща организовать и финансировать предоставление Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг) определенного перечня и качества в объеме программ страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся приложениями к договору.

1.3. Определения, применяемые в Правилах страхования:

Правила страхования на случай профилактики и лечения заболеваний, передающихся клещом – документ, определяющий общие условия и порядок осуществления добровольного страхования (далее Правила). Правила страхования принимаются и утверждаются Страховщиком самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», и иными законодательными актами РФ. Правила содержат положения о субъектах страхования, об объектах страхования, о страховых случаях, о страховых рисках, о порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов), о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, о правах и об обязанностях сторон, об определении размера убытков или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о случаях отказа в страховой выплате и иные положения.

Программа медицинского страхования – документ, определяющий общие условия и порядок осуществления страхования для объектов и (или) рисков, объединенных общими качественными и (или) количественными характеристиками (далее медицинская программа). Медицинская программа разрабатывается на основе и в рамках правил принимается и утверждается Страховщиком самостоятельно. Медицинская программа страхования содержится в приложении № 2 к настоящим правилам.

Договор страхования (Полис) - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской (лекарственной) помощи определенного объема или иных услуг по медицинским программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере (далее Договор). Формы договора страхования (полиса) указаны в приложении № 5, 6 к настоящим правилам.

Медицинские организации - организации (лечебно- профилактические и стационарные учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, аптечные организации и др.), осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации, имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

Договор на предоставление медицинской помощи (медицинских и иных услуг)- договор между Страховщиком и медицинской организацией, по которому медицинское организация обязуется предоставлять застрахованному лицу медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом указанный Договор должен содержать: наименование сторон, виды медицинской помощи (медицинских и иных услуг), ссылку на лицензию на медицинскую деятельность, выданную медицинской организации либо индивидуальному предпринимателю, занимающемуся частной медицинской практикой, стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

Медицинская помощь (медицинские и иные услуги)- мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Персональные данные - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. *Страховщик* – Акционерное общество «Страховая Компания «Астро-Волга», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.

2.2. *Страхователями* по договору могут выступать:

- дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранные граждане или лица без гражданства, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту – Застрахованные);

- юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц - Застрахованных.

2.3. *Застрахованное лицо* - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования, при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

2.4. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с дополнительными расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские организации за медицинской помощью (медицинскими и иными услугами), включенными в программу медицинского страхования.

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг), в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях, перечисленных в договоре страхования (Полисе) или приложении к нему.

3.3. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями по договору заключенному между медицинской организацией и Страховщиком.

3.4. Страховщик несет ответственность за качество и условия предоставления медицинской помощи и иных услуг, оказанных по программам страхования, предусмотренным в страховом полисе (договоре).

4. СТРАХОВОЙ РИСК

Страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг).

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение, предусмотренное договором (полисом) страхования.

5.2. Страховым случаем является:

5.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования при укусе клеща во время действия договора страхования за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования;

5.2.2. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в течение срока действия договора страхования в соответствии с медицинской программой в иные медицинские организации, помимо предусмотренных договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ) при укусе клеща во время действия договора страхования;

5.3. Перечень медицинских услуг, в том числе лекарственной помощи, и объем обязательств Страховщика по договору страхования определяется программой медицинского страхования. Программой страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным диагностической, консультативной, лечебной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др. помощи.

5.4. Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление и оплату медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованным по технологиям, применяемым в медицинских организациях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями и в течение срока действия договора страхования. При оказании медицинской помощи (медицинских и иных услуг) медицинские организации руководствуются методическими рекомендациями Минздрава РФ и соответствующими возможностями конкретного медицинской организации по условиям их практического применения.

5.5. Не рассматривается как страховой случай получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг), если:

- Застрахованным получена медицинская помощь (медицинские и иные услуги), которые не предусмотрены договором страхования;

- Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний;

- Застрахованный существенно нарушал врачебный режим;

- Застрахованный получил медицинские и иные услуги по договору страхования (полису), страховая сумма по которому израсходована;

- Застрахованный получил медицинские и иные услуги по договору страхования (полису), срок действия которого истек, либо не начался.

В этих случаях решение об отказе в оплате лечения принимается Страховщиком.

При несогласии Застрахованного с решением Страховщика, отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору страхования.

6.2. Страховая сумма по договору страхования определяется по соглашению Сторон, исходя из определенных договором условий страхования, срока действия договора страхования, стоимости медицинских услуг.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

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

7.2. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им и согласованные с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы в зависимости от размера страховой суммы, срока страхования, и иных условий, определенных договором страхования.

7.3. В соответствии со статьей 2 Закона №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

7.4. Также Страховщик вправе вводить повышающие и понижающие коэффициенты к страховым тарифам, устанавливаемые на основании анализа сведений, полученных при заключении договора страхования.

7.5. В случае заключения договора страхования в месяцах до одного года, премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия договора, в месяцах					
1	2	3	4	5	6 и более
Коэффициент краткосрочности					
0.50	0.60	0.70	0.80	0.90	1,00

7.6. При страховании на срок более одного года общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется на основании положения пункта 7.5 настоящих Правил.

7.7. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем одновременно наличными деньгами или безналичным порядком. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в день подписания договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

Днем уплаты страховой премии считается:

- при наличной оплате - день уплаты страховой премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика или передачи денег представителю Страховщика по квитанции формы А-7;

- при безналичной оплате - день поступления страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

7.8. При не поступлении Страховщику страховой премии в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не состоявшимся и выплат по нему не производится.

7.9. При неуплате страховой премии договор страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ

8.1. Договор страхования устанавливается по соглашению сторон. Срок действия договора страхования указывается в самом договоре страхования (страховом полисе).

8.2. Договор страхования может быть заключен на условиях страхования, определенных в базовых медицинских программах, (указанных в Приложении №2 к Правилам):

«Профилактика и лечение заболеваний, передающихся клещом (клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ), моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ)- программа К4»;

«Профилактика и лечение заболеваний, передающихся клещом (клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека, клещевого риккетсиоза, клещевой возвратной лихорадки), - программа страхования К6».

Страхование по базовым медицинским программам осуществляется только по полному перечню услуг.

8.3. В медицинской программе может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства, использованные при лечении. Оплата лекарственных средств осуществляется по счету медицинской организации

при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок возмещения затрат на лекарственные средства определяется п.п. 10.2, 10.4 настоящих Правил.

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

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);
- о программе страхования и перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь

Застрахованным;

- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

8.5. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с договором страхования (страховым полисом).

8.6. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

8.6.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

8.6.2. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя (Приложение № 4), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список страхуемых граждан (прилагается) с указанием имени, отчества, фамилии, года рождения, домашнего адреса;
- условия страхования (программа страхования);
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

8.6.3. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложение № 6). Страховой полис оформляется на каждого Застрахованного в течении 10 рабочих дней после вступления договора страхования в силу и предоставления Страхователем Страховщику списка застрахованных на бумажном и электронном носителях.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ. К договору прилагается список Застрахованных в котором указываются фамилия, имя, отчество Застрахованного, его пол и год рождения (возраст), адрес места жительства, являющийся неотъемлемой частью Договора.

В страховом полисе указываются:

- серия и номер;
- наименование Страхователя и номер коллективного договора страхования, на основании которого выдан полис;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного, его пол и год рождения (возраст);
- перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному по данному полису (программа страхования);
- срок действия договора страхования;
- другие сведения в соответствии с действующим законодательством.

8.7. Заключение договора страхования с физическими лицами.

8.7.1. Основанием для заключения договора является заявление Страхователя, изложенное в устной форме.

8.7.2. При заключении договора физическими лицами в договоре (страховом полисе) указывается:

- фамилия, имя и отчество Страхователя, его домашний адрес;
- фамилия, имя, отчество и год рождения (возраст) Застрахованного;
- условия страхования (медицинская программа);
- медицинские организации, в которых может быть оказана медицинская помощь застрахованному по данному договору;
- срок действия договора страхования.

8.8. Договор страхования заключается путем составления страхового полиса (Приложение № 6).

8.9. В случае утраты страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными, взамен Страхователю выдается дубликат.

8.10. Застрахованному запрещается передавать именной страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи (медицинских и иных услуг) по договору страхования. Если такой факт передачи будет установлен, то Страховщик вправе досрочно прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

8.11. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить список застрахованных.

8.12. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения их в список Застрахованных лиц до окончания страхового периода, при этом заключается дополнительное соглашение к договору.

8.13. В случае уменьшения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных.

В случае уменьшения числа Застрахованных часть страховой премии, уплаченная за исключаемых Застрахованных лиц возврату не подлежит.

8.14. На основании статьи 944 Гражданского Кодекса при заключении договора Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные страховщиком в форме заявления, указанной в Приложении №4 к настоящим Правилам, либо в договоре страхования (полисе), указанных в Приложении №5,6 к настоящим Правилам

8.15. В случаях, когда в договоре страхования (страховом полисе) не указана дата начала действия договора страхования, ответственность Страховщика начинает действовать:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

- при оплате страховой премии в кассу или представителю Страховщика наличными деньгами ответственность Страховщика наступает с третьего дня после оплаты договора.

8.16. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) либо приложены к нему.

8.17. Согласно гражданскому законодательству при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Застрахованный имеет право:

9.1.1. На получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с программами страхования в медицинских организациях, определенных договором страхования;

9.1.2. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

9.1.3. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинской помощи (медицинских и иных услуг).

9.2. Застрахованный обязан:

9.2.1. Предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения;

9.2.2. Соблюдать требования Правил и условия договора страхования, выполнять предписания лечащего врача, полученные при предоставлении медицинской помощи (медицинских и иных услуг);

9.2.3. Соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации.

9.2.4. Обеспечить сохранность страхового полиса и не передавать его иным лицам для получения медицинской помощи (медицинских и иных услуг).

9.3. Страхователь имеет право:

9.3.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования.

9.3.2. Требовать предоставления Застрахованному в медицинских организациях медицинских и иных услуг, определенных договором страхования и на оговоренных в нем условиях, в соответствии с программой страхования. Факт непредоставления, несвоевременного предоставления или предоставления медицинской или иной услуги ненадлежащего объема, качества или в ненадлежащих условиях, иные нарушения оказания медицинской помощи фиксируются актом, подписанным Заявителем и представителем Страховщика.

9.3.3. Получить дубликат страхового полиса в соответствии с п. 8.9. настоящих Правил.

9.3.4. Заменить Застрахованного другим лицом (с письменного согласия Застрахованного).

9.3.5. Изменять число Застрахованных в соответствии с настоящими Правилами.

9.3.6. Получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

9.3.7. Досрочно расторгнуть договор страхования, в любое время, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленную договором страхования страховую премию.

9.4.2. Довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи.

9.4.3. Предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением договора страхования.

9.4.4. Обеспечить сохранность документов и конфиденциальность информации по договору страхования.

9.4.5. В течение 30-ти календарных дней известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если программой страхования предусмотрено полное или

частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских или иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным.

9.4.6. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

9.4.7. По запросу Страховщика незамедлительно (в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.9.4.6 письменные согласия Застрахованных лиц.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. Требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования.

9.5.2. Досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным) своих обязанностей по договору страхования.

9.5.3. Отказать в оплате медицинской помощи (медицинских и иных услуг) оказанных при обстоятельствах, не предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9.5.4. Выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие организации о факте и причинах страхового случая;

9.5.5. Рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.5. Ознакомить Страхователя (Застрахованного) с Правилами страхования.

9.6.6. Своевременно выдать Страхователю (Застрахованному) страховую полис установленной формы.

9.6.7. Обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования (при оказании медицинской помощи медицинские организации руководствуются методическими рекомендациями Минздрава РФ и соответствующими возможностями конкретной медицинской организации по условиям их практического применения);

9.6.8. При наступлении страхового случая произвести выплату в порядке, установленном разделом 10 настоящих Правил.

9.6.9. Защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с условиями договора;

9.6.10. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

9.7. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику список вновь застрахованных со сведениями, предусмотренными настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах, согласовывая список со Страховщиком.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, в соответствии с пунктом 8.13 Правил.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Право Застрахованного на получение медицинской, в том числе лекарственной помощи, (медицинских и иных услуг), предусмотренных договором страхования, наступает после уплаты страховой премии, если иное не оговорено в договоре страхования.

10.2. Предоставление медицинской, в том числе лекарственной помощи, (медицинских и иных услуг), обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские организации, указанные в договоре страхования.

При обращении Застрахованного в медицинскую организацию предъявляется страховая полис, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных полисом прав Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

10.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими организациями производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских и иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинскими организациями, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации.

Страховщик принимает решение о выплате страхового возмещения в течение 15 рабочих дней после получения от медицинских организаций оригиналов документов с указанием, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

При принятии решения о выплате страхового возмещения Страховщик составляет Акт экспертизы объемов медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицам. Выплата страхового возмещения производится в течение 10 рабочих дней после составления Акта экспертизы объемов медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицам.

Страховщик вправе по соглашению с медицинской организацией произвести авансовый платеж до момента оказания медицинской услуги в размерах и в сроки, согласованные с медицинской организацией.

10.4. В исключительных случаях, когда в медицинской организации, в которую обратился Застрахованный, отсутствует врач соответствующей специальности или необходимое медицинское оборудование, или необходимые медикаменты, Страховщик вправе произвести оплату (компенсацию) самостоятельно понесённых Застрахованным лицом расходов по лечению - на основании письменного заявления произвольной формы Застрахованного с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских услуг: причины обращения за медицинской помощью, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), сроков лечения, назначенных медикаментов и документов, подтверждающих понесённые расходы (кассовые и товарные чеки или квитанции к приходному ордеру, заверенные подписью ответственных лиц и печатью медицинской организации, оказавшего застрахованному услуги, в котором приобретались назначенные Застрахованному медикаменты).

Для оплаты (компенсации) понесённых Застрахованным расходов по страховому случаю, он должен в течение 30-ти дней со дня оказания медицинской услуги представить Страховщику перечисленные выше документы.

Страховщик принимает решение о выплате страхового возмещения в течение 15 рабочих дней после получения указанных документов. При принятии решения о выплате страхового возмещения Страховщик составляет Страховой акт. Выплата страхового возмещения производится в течение 10 рабочих дней после составления Страхового акта.

В случае непризнания события страховым случаем Страховщик в течение в течение 15 рабочих дней после получения документов, указанных в настоящем пункте, направляет Застрахованному лицу отказ в выплате страхового возмещения с мотивированным обоснованием причин отказа в письменном виде.

10.5. Страховщик оплачивает оказанную застрахованному медицинскую помощь после окончания срока действия договора страхования, если дата обращения за медицинской помощью приходится на период действия договора, а окончание лечения по данному конкретному случаю завершается после окончания срока действия договора.

10.6. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

10.6.1. Установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;

10.6.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

10.6.3. Страховщик не был извещен в срок (п.9.4.5.) о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

10.6.4. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг) по договору в случаях:

11.1.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной договором в качестве даты окончания срока его действия;

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме – с момента такового;

11.1.3. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

11.1.4. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, кроме случаев передачи страхового портфеля ликвидируемого Страховщика другому Страховщику;

11.1.5. Ликвидации Страхователя - юридического лица, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

11.1.6. Соглашения сторон – с даты, определенной соглашением.

11.1.7. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

В частности, в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», с учетом изменений согласно Указания Банка России от 21.08.2017 г. № 4500-У, 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).

11.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

11.3. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан заявить о расторжении договора в письменном виде в произвольной форме и вернуть Страховщику страховой полис, действие которого прекращается с момента прекращения действия договора страхования.

11.4. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (глава 29 ГК РФ).

12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

12.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

12.2. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

13.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.

13.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

14. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

14.2. Качество оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг), соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется специалистами Страховщика.

14.3. Для разрешения споров возникающих при исполнении и расторжении договора страхования, стороны обязуются до обращения в судебные органы использовать процедуру претензионного урегулирования споров.

В ходе претензионного урегулирования споров спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты. При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

Сторона, считающая свои права нарушенными, обязана направить другой стороне претензию в письменной форме.

Сторона, получившая претензию, обязана в двадцатидневный срок рассмотреть ее и либо удовлетворить обоснованные требования, либо представить мотивированные возражения.

Если по истечении указанного срока ответа на претензию не последовало или ответ не удовлетворил направившую претензию сторону, она имеет право обратиться с иском в суд в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Вся переписка ведется сторонами по почтовым адресам друг друга, при этом Страхователь должен направлять письма и иные документы по почтовому адресу того структурного подразделения Страховщика (филиала), где он заключал договор страхования.

Почтовый адрес Страхователя должен им указываться при заключении договора страхования. Обо всех изменениях почтового адреса Страхователь должен без промедления сообщать Страховщику в письменной форме.

15. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

15.1. Введение

15.1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, и 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.

15.1.2. 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.

15.1.3. 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.

15.1.4. 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.

15.2. Термины и определения

15.2.1. **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.

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

15.2.3. **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.

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

15.2.5. **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.

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

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

15.2.8. **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.

15.2.9. **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.

15.2.10. **Застрахованное лицо** :

- физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор личного страхования;
- физическое или юридическое лицо, финансовый риск которого застрахован по договору страхования финансового риска;
- физическое или юридическое лицо, риск ответственности которого застрахован по договору страхования ответственности.

15.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг

15.3.1. 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.

15.3.2. 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.

15.3.3. При заключении договора страхования получателю страховых услуг (Страхователю) предоставляется следующая информация:

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 или о его отсутствии 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.

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

15.3.5. 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.

15.4. Общий порядок при взаимодействии с получателями страховых услуг

15.4.1. 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.

15.4.2. 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).

15.4.3. 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.

15.4.4. 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.

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

15.4.6. 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.

15.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 15.3.3, 15.4.5 и 15.4.6 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.

15.4.8. 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.

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

15.5.1. 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.

15.5.2. 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.

15.5.3. 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.

15.5.4. 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.

15.5.5. 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.

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

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

15.5.8. 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.

15.5.9. 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.

15.5.10. 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.

15.5.11. 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.

15.6. Порядок и условия взаимодействия при урегулирования требований о страховой выплате

15.6.1. 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.

15.6.2. 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.

15.6.3. 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.

15.6.4. 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.

15.6.5. 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.

15.6.6. 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.

15.6.7. 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.

15.6.8. 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.

15.6.9. 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.

15.6.10. 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..

15.6.11. 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.

15.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

15.7.1. 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).

15.7.2. 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).

15.7.3. 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.

15.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 15.7.5.

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

15.7.5. 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 существу, 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.

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

1. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

Наименование Программы	Тарифная Ставка (в % от страховой суммы)
Программа страхования - К4 «Профилактика и лечение заболеваний, передающихся клещом (клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека)»	0,10 %
Программа страхования - К6 «Профилактика и лечение заболеваний, передающихся клещом (клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека, клещевого риккетсиоза, клещевой возвратной лихорадки)»	0,13 %

2. ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К БАЗОВЫМ СТРАХОВЫМ ТАРИФАМ

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, исходя из :

- - страховой суммы (повышающие от 1,01 до 5,0 или понижающие от 0,1 до 0,99);
- - возраста застрахованного (повышающие от 1,01 до 4,0 или понижающие от 0,2 до 0,99);
- -местопребывания застрахованного (повышающие от 1,01 до 5,0 или понижающие от 0,1 до 0,99);
- -количества застрахованных человек по договору (понижающие от 0,1 до 0,99);
- -территории страхования (повышающие от 1,01 до 10,0 или понижающие от 0,2 до 0,99);
- -стоимости медицинских услуг (повышающие от 1,01 до 10,0 или понижающие от 0,5 до 0,99);
- - коэффициент андеррайтера, учитывающий иные обстоятельства, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (повышающие от 1,01 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99).

к Правилам страхования на случай профилактики и лечения заболеваний, передающихся клещом (№4130/002)

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ К4
"Профилактика и лечение заболеваний, передающихся клещом
(клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза,
гранулоцитарного анаплазмоза человека,
моноцитарного эрлихиоза человека)"

Предоставляемые услуги:

1. Извлечение клеща.
2. Выявление возбудителей клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ), моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ) методом ПЦР- диагностики (дополнительно возможно применение ИФА-диагностики) в клеще или крови Застрахованного.
3. Консультации специалистов.
4. Динамическое наблюдение и обследование лиц, имеющих положительные результаты анализов на возбудителей заболеваний, передающихся клещом.
5. Медикаментозное обеспечение при профилактике и лечении клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ), моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ).

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ К6
"Профилактика и лечение заболеваний, передающихся клещом
(клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза,
гранулоцитарного анаплазмоза человека,
моноцитарного эрлихиоза человека,
клещевого риккетсиоза, клещевой возвратной лихорадки)"

Предоставляемые услуги:

1. Извлечение клеща.
2. Выявление возбудителей клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ), моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ), клещевого риккетсиоза (КР), клещевой возвратной лихорадки (КВЛ) методом ПЦР - диагностики (дополнительно возможно применение ИФА-диагностики) в клеще или крови Застрахованного.
3. Консультации специалистов.
4. Динамическое наблюдение и обследование лиц, имеющих положительные результаты анализов на возбудителей заболеваний, передающихся клещом.
5. Медикаментозное обеспечение при профилактике и лечении клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ), моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ), клещевого риккетсиоза (КР), клещевой возвратной лихорадки (КВЛ).

По программам К4 и К6 страхование производится только по полному перечню услуг.