



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказом Генерального Директора  
Акционерного общества  
«Страховая Компания «Астро-Волга»  
от 28.04.2020г. приказ № 0428/А-1

## **КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(№2330/003)<sup>1</sup>

### СОДЕРЖАНИЕ

1. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховой случай
4. Страховой риск
5. Порядок определения страховой суммы
6. Порядок определения страхового тарифа
7. Порядок определения страховой премии (страховых взносов)
8. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок определения страховой выплаты
11. Случаи отказа в страховой выплате
12. Персональные данные
13. Иные положения
14. Основные положения взаимодействия с потребителями страховых услуг

Приложения:

---

<sup>1</sup> Указанный номер **2330** 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) **/003** - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

## 1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Акционерное Общество «Страховая Компания «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик»), в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «Договоры страхования») с юридическими и физическими лицами (далее по тексту – «Страхователи»).

1.2. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором страховую премию, уплачиваемую Страхователем, организовать и финансировать в пределах установленной договором страховой суммы предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая в период действия договора страхования.

Программа добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «Программа ДМС») является неотъемлемой частью договора страхования.

1.3. Страхователями признаются юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.4. Страхователи вправе заключать договоры о страховании третьих физических лиц в пользу последних (далее по тексту – «Застрахованные лица»). В случае, если договор страхования заключен Страхователем – физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

1.5. Застрахованным лицом по настоящим Правилам может являться любое физическое лицо без ограничения возраста, в отношении которого заключен договор страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. По договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской и лекарственной помощи, предусмотренной договором страхования в медицинских и аптечных организациях, включенных в Программу ДМС и имеющих договор со Страховщиком.

## 3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного лица в период действия договора страхования в медицинскую или аптечную организацию, определенную договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной, реабилитационно-восстановительной и профилактической помощи в рамках предусмотренных договором страхования Программ ДМС.

3.3. В соответствии с настоящими Правилами не являются страховыми случаями и не покрываются страхованием следующие события, если условиями договора страхования (полиса) не предусмотрено иное:

3.3.1. Получение Застрахованным лицом медицинской и лекарственной помощи в медицинских и аптечных организациях, не предусмотренных договором страхования.

3.3.2. Получение Застрахованным лицом медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования.

3.3.3. Получение Застрахованным лицом медицинских услуг в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица, если это подтверждается документами медицинской организации.

3.3.4. В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если это подтверждается документами компетентных органов.

3.3.5. В связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками.

3.3.6. Событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

3.4. Если в период действия договора страхования у Застрахованного лица впервые выявлено заболевание, обращение за медицинской помощью по поводу которого не является страховым событием, Страховщик

производит оплату такой медицинской помощи до момента установления окончательного диагноза. В дальнейшем услуги по данному заболеванию не оплачиваются.

#### **4. СТРАХОВОЙ РИСК**

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

#### **5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ**

5.1. Страховой суммой (лимитом ответственности Страховщика) является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяет предельный уровень страховой выплаты по договору страхования.

5.2. Размер страховой суммы исчисляется исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, количества Застрахованных лиц, других условий договора страхования и устанавливается по соглашению сторон.

5.3. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в течение срока действия договора страхования увеличить размер страховой суммы по договору страхования. В этом случае вносятся соответствующие изменения в договор страхования путем заключения в установленном порядке дополнительного соглашения на срок, оставшийся до окончания действия договора страхования (полиса), и уплате подлежит дополнительная страховая премия (взнос).

5.4. В договоре страхования может быть установлена франшиза, т.е. часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере:

5.4.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, если их размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

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

5.4.3. В договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

#### **6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА**

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

6.2. Страховые тарифы устанавливаются отдельно по каждой Программе ДМС.

6.3. К базовым тарифам могут применяться поправочные коэффициенты оценки риска. Оценка страхового риска производится Страховщиком при заключении договора страхования.

#### **7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)**

7.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования. Страховым взносом считается часть страховой премии.

7.2. Размер страховой премии по договору страхования определяется исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

7.3. При существенном изменении условий оказания медицинских услуг в медицинских организациях или существенном изменении их стоимости размер страховой премии и страховой суммы в рамках выбранной Программы ДМС может быть изменен по соглашению сторон, что закрепляется в письменном виде дополнительным соглашением.

7.4. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования (полиса).

7.5. Страховая премия может быть уплачена как наличным, так и безналичным путем, самим Страхователем либо любым другим лицом по его поручению (о таком поручении Страхователь обязан проинформировать Страховщика любым доступным способом).

## 8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное или устное заявления Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

8.2. Перед заключением договора страхования Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнение медицинской анкеты (Приложение № 4 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в заявлении на страхование или в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости для уточнения указанных данных Страховщик вправе потребовать проведения, в том числе, за счет Страхователя предварительного медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование и/или предоставления выписки из истории болезни для оценки фактического состояния лиц, принимаемых на страхование. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения медицинской анкеты и/или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

8.3. Для заключения договора страхования Страхователь должен представить Страховщику:

8.3.1. Сведения о Страхователе:

- фамилия, имя и отчество (полное наименование юридического лица);
- домашний (юридический, почтовый) адрес, телефон;
- банковские реквизиты (предоставляются только юридическими лицами);
- должность, фамилия, имя, отчество руководителя и реквизиты документа, устанавливающие его полномочия (предоставляются только юридическими лицами).

8.3.2. Сведения о Застрахованных лицах (о каждом, если договор заключается на страхование нескольких лиц, т.е. является коллективным):

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- серия и номер паспорта;
- место жительства (домашний адрес).

8.3.3. Условия страхования, в том числе особые условия, если они имеются:

- выбранная Программа ДМС (Приложения №№ 8–18 к настоящим Правилам);
- размеры страховых сумм на каждое Застрахованное лицо;
- срок действия договора страхования.

8.4. Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

- являются ВИЧ–носителями или ВИЧ–инфицированными;
- имеют злокачественные новообразования;
- находятся на стационарном лечении;
- состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- относятся, по мнению экспертов Страховщика, к 3-4 группе медицинского риска (Таблица 4 Приложения № 1 к настоящим Правилам).

8.5. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 ст.179 ГК РФ.

8.6. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (Приложение № 5 к настоящим Правилам) либо вручения Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение № 6 к настоящим Правилам).

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика (его представителя) страхового полиса.

При заключении коллективного договора страхования индивидуальные полисы добровольного медицинского страхования могут быть вручены представителю Страхователя для последующей раздачи их Застрахованным лицам.

8.7. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре (полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (полисом) или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю (Застрахованному лицу) при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре (полисе).

8.8. При безналичном перечислении договор страхования вступает в силу с момента поступления страховой премии или первой ее части (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличными действие договора страхования начинается со дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первой ее части, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.9. В случае утраты полиса в период действия договора страхования Застрахованное лицо письменно извещает об этом Страховщика, после чего Страховщик выдает дубликат полиса. После выдачи дубликата утраченный полис считается недействительным, страховые выплаты по нему не производятся.

8.10. Договор страхования заключается на срок не менее одного года, если условиями договора страхования (полиса) не предусмотрено иное.

8.11. Договор страхования прекращает действие, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских услуг по договору страхования в случае:

8.11.1. Истечения срока действия договора страхования.

8.11.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

8.11.3. Неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные договором сроки.

8.11.4. Смерти Застрахованного лица, только в отношении данного Застрахованного лица (если Застрахованных лиц несколько).

8.11.5. По инициативе Страхователя.

8.11.6. По соглашению сторон.

8.11.7. Наступления форс-мажорных обстоятельств: стихийных (природных), техногенных, экологических и социальных бедствий; забастовок в отрасли или регионе; принятия органами государственной власти правовых актов, повлекших невозможность исполнения договора страхования; других событий и явлений, приведших к значительным материальным потерям и нарушению обычных условий жизнедеятельности сторон.

8.11.8. Смерти Страхователя–физического лица или ликвидации Страхователя–юридического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, если Застрахованное лицо или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не приняли на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов по договору страхования.

8.11.9. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

8.11.10. Принятия судом решения о признании договора страхования недействительным.

8.12. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается одновременно с прекращением действия договора страхования.

8.13. 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.

8.14. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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:

8.14.1. 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.

8.14.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.14.3. 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.

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

8.15. Во всех остальных случаях при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

8.16. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении, медицинской анкете и/или определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с положениями, предусмотренными Главой 29 ГК РФ.

## 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. В период действия договора страхования Страхователь имеет право:

9.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования, в том числе запросить у Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

9.1.2. Требовать предоставления Застрахованному лицу медицинских услуг, определённых договором страхования и на оговорённых в нём условиях.

В случае не предоставления, не своевременного предоставления, либо предоставления медицинских услуг ненадлежащего объёма, качества или в ненадлежащих условиях либо при наличии иных нарушений в предоставлении медицинской помощи Страхователь (Застрахованный) должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика, предоставив соответствующие документы (их копии), подтверждающие обоснованность жалобы. При отсутствии у Страхователя (Застрахованного лица) возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо.

9.1.3. Увеличить по согласованию со Страховщиком страховую сумму по договору, изменить количество Застрахованных, количество и уровень медицинских организаций путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования, уплатив при этом дополнительную страховую премию.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Предоставить Страховщику в письменной форме, установленной Страховщиком, сведения, необходимые для заключения договора страхования (п.8.2 настоящих Правил); при необходимости, обеспечить прохождение лицами, в пользу которых заключается договор страхования, медицинского освидетельствования; предоставить иную необходимую информацию, связанную с заключением и действием договора страхования.

9.2.2. Уплачивать страховую премию (взносы) в размерах и в сроки, определенные договором страхования (полисом).

9.2.3. При увеличении страховой суммы или количества Застрахованных лиц оплатить дополнительную страховую премию (взнос).

9.2.4. При заключении индивидуального договора страхования получить страховой полис, расписавшись в нём и на его втором экземпляре. При заключении коллективного договора страхования получить страховые полисы и выдать их Застрахованным лицам. Возвратить Страховщику полисы лиц, исключённых из списка Застрахованных лиц.

9.2.5. Ознакомить Застрахованных лиц с настоящими Правилами, условиями договора страхования и Программ ДМС, а для осуществления взаимодействия со Страховщиком и медицинской организацией и координации действий Застрахованных лиц при возникновении необходимости обращения за медицинской помощью назначить любое лицо (нескольких лиц) из числа своих работников уполномоченным по договору страхования.

9.2.6. Вернуть Страховщику страховые полисы Застрахованных лиц в соответствии с п.8.12 настоящих Правил.

9.2.7. В период действия договора (полиса) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах (факторах риска), сообщённых Страховщику при заключении договора страхования.

9.2.8. Обеспечить сохранность документов и конфиденциальность информации по договору.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять достоверность сообщённых Страхователем сведений, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом условий договора страхования.

9.3.2. Требовать проведения обязательного медицинского освидетельствования или анкетирования лиц, в отношении которых заключается договор страхования, за счет средств Страхователя, если это предусмотрено договором страхования и/или Программой ДМС.

9.3.3. Самостоятельно устанавливать и исчислять размер страховой премии (взноса, тарифа) по договору страхования.

9.3.4. Потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии при получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.3.5. Получать конфиденциальную информацию о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование (сведения, составляющие врачебную тайну, согласно действующему законодательству РФ).

9.3.6. Отказаться в оплате медицинских услуг в соответствии с п.п.11.1–11.2 настоящих Правил, а также в иных случаях, предусмотренных договором страхования и действующим законодательством РФ.

9.3.7. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту наступления событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

9.3.8. Потребовать расторжения договора страхования, если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии при увеличении степени риска по договору.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и содержанием предусмотренных договором страхования Программ ДМС.

9.4.2. Вести учет Застрахованных лиц.

9.4.3. Выдать Страхователю или его представителю страховой полис, а в случае его утраты – дубликат, в соответствии с п.8.9 настоящих Правил.

9.4.4. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке, установленном в договоре страхования (полисе), в соответствии с договором на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, заключённым между Страховщиком и медицинской организацией.

9.4.5. Осуществлять контроль за объёмом, сроками и качеством оказания медицинской организацией медицинских услуг Застрахованному лицу.

9.4.6. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) в соответствии с заключёнными договорами и действующим законодательством РФ.

Страховщик несет ответственность за разглашение врачебной тайны его работниками в соответствии с законодательством РФ.

9.4.7. Защищать интересы и права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими организациями в рамках договора страхования, в соответствии с действующим законодательством РФ.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. Воспользоваться правами Страхователя, указанными в п. 9.1.2 настоящих Правил.

9.5.2. Выбирать любую организацию из перечня медицинских организаций, указанных в Программе ДМС, для обращения за медицинской помощью.

9.5.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по условиям, порядку и особенностям предоставления медицинского обеспечения для получения медицинской помощи.

9.5.4. При возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинских услуг обжаловать действия Страховщика в установленном законодательством РФ порядке.

9.5.5. В случае смерти Страхователя – физического лица или ликвидации Страхователя–юридического лица, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком, выполнять обязанности Страхователя, предусмотренные п. 9.2.2 настоящих Правил.

9.5.6. Получить дубликат полиса в случае его утраты в порядке, предусмотренном п.8.9 настоящих Правил.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. Предъявлять полис и документ, удостоверяющий личность, а также другую документацию, предусмотренную договором страхования, при обращении в медицинскую организацию за получением медицинских услуг.

9.6.2. Соблюдать предписания медицинских работников, полученные в ходе предоставления медицинских услуг.

9.6.3. Соблюдать внутренний распорядок, установленный медицинской организацией, в которой Застрахованное лицо получает медицинские услуги.

9.6.4. Пройти предварительное медицинское освидетельствование или анкетирование, если это предусмотрено условиями договора страхования и/или Программой ДМС.

9.6.5. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

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

## 10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховой выплатой является денежная сумма, не превышающая страховую сумму, которую Страховщик выплачивает медицинским организациям, указанным в Программе ДМС, за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам в рамках предусмотренных договором страхования Программ ДМС.

10.2. Страховщик производит оплату медицинских услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования.

10.3. При наступлении страхового случая медицинские услуги Застрахованному лицу оказываются медицинскими организациями при условии предъявления им:

– страхового полиса;

– документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;

– письменного направления Страховщика (Приложение № 7 к настоящим Правилам), если это предусмотрено договором страхования.

10.4. При необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, включенные в договор страхования, в порядке, оговоренном в Программе ДМС.

10.5. Размер, сроки и порядок осуществления страховых выплат медицинским организациям за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам по договору страхования, определяются в соответствии с договором на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию между Страховщиком и медицинской организацией.

10.6. Страховщик оплачивает медицинские услуги на основании счетов, представленных ему медицинскими организациями по предварительно согласованному прейскуранту в порядке и на условиях, установленных договором между ними.

10.7. Общая сумма выплат в связи с одним или несколькими страховыми событиями, наступившими в период действия договора страхования, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности Страховщика) на данное Застрахованное лицо и в целом по договору.

10.8. Страховая выплата может осуществляться Страховщиком в пределах страховой суммы непосредственно Застрахованному лицу на основании письменного заявления, документа, подтверждающего оплату произведенных затрат на медицинские услуги и лекарственные средства, выписки из медицинской документации, подтверждающей факт обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию и оказание ему медицинских услуг.

## 11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. В соответствии с п.1 ст.964 ГК РФ Страховщик на законных основаниях освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок.

11.2. В соответствии с настоящими Правилами Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

- а) страховой случай наступил в период действия временной франшизы, установленной договором страхования;
- б) требование страховой выплаты предъявлено по событиям, которые не являются страховыми в соответствии с п.3.3 настоящих Правил.

## 12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

12.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь - физическое лицо подтверждает свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных») своих персональных данных, включая данные, указанные в заявлении на страхование, договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования и организации оказания страховых услуг, включая урегулирование убытков и осуществление страховых выплат.

Согласие на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств действительно в течение срока действия договора (полиса) страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия договора (полиса) страхования.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления соответствующего письменного уведомления в адрес Страховщика.

12.2. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь - юридическое лицо принимает на себя ответственность за предоставление согласий Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

Страхователь - юридическое лицо обязуется уведомить Застрахованных лиц об осуществлении обработки их персональных данных Страховщиком.

12.3. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах Страховщика, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком, путем прямых контактов с помощью средств связи.

## 13. ИНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. Отдельные положения настоящих Правил могут быть изменены или дополнены по взаимному соглашению сторон, с обязательным внесением изменений или дополнений в договор страхования. Соглашение об изменении договора страхования совершается в письменной форме.

13.2. Согласованные положения договора страхования имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил.

13.3. Не оговоренные настоящими Правилами условия регламентируются соответствующими статьями Гражданского кодекса РФ, законодательства РФ о страховании, иными действующими законодательными и

нормативными правовыми документами, положениями договора страхования и договора на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию с медицинской организацией.

13.4. Все споры по договору страхования до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке.

Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 рабочих дней со дня ее получения.

Иск в суд может быть предъявлен в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии либо неполучения ответа на претензию в тридцатидневный срок.

13.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящими Правилами, Страховщик руководствуется действующим законодательством РФ.

## 14. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

### 14.1. Общая часть.

14.1.1. 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.

14.1.2. 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.

14.1.3. 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.

14.1.4. 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.

### 14.2. Термины и определения:

14.2.1. **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.

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

14.2.3. **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.

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

14.2.5. **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.

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

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

14.2.8. **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.

14.2.9. **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.

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

14.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг.

14.3.1. 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.

14.3.2. 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.

14.3.3. 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.

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

14.3.5. 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.

14.4. Общий порядок взаимодействия с получателями страховых услуг

14.4.1. 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.

14.4.2. 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).

14.4.3. 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.

14.4.4. 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.

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

14.4.6. 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.

14.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 14.3.3, 14.4.5 и 14.4.6 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.

14.4.8. 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.

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

14.5.1. 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.

14.5.2. 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.

14.5.3. 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.

14.5.4. 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.

14.5.5. 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.

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

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

14.5.8. 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.

14.5.9. 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.

14.5.10. 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.

14.5.11. 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.

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

14.6.1. 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.

14.6.2. 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.

14.6.3. 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.

14.6.4. 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.

14.6.5. 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.

14.6.6. 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.

14.6.7. 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.

14.6.8. 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.

14.6.9. 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.

14.6.10. 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..

14.6.11. 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.

14.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

14.7.1. 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).

14.7.2. 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).

14.7.3. 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.

14.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 14.7.5.

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

14.7.5. 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.

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

**РАЗМЕР ТАРИФНЫХ СТАВОК**

Программы ДМС	Базовая тарифная ставка (%)
№ 1 «Стационар»	11,8
№ 2 «Стационар плюс»	28,9
№ 3 «Поликлиника»	24,4
№ 4 «Поликлиника плюс»	37,8
№ 5 «Комплексная коллективная»	34,1
№ 6 «Комплексная коллективная плюс»	54,5
№ 7 «Стоматологическая помощь - ЭКОНОМ»	28,4
№ 8 «Стоматологическая помощь - ЭЛИТ»	43,6
№ 9 «Комплексная стоматология»	58,4
№ 10 «Профилактика, диагностика и лечение клещевых инфекций»	0,2
№ 11 «Реабилитационно-восстановительное лечение»	45,2

Базовые тарифные ставки по Программам ДМС могут увеличиваться или уменьшаться путем последовательного умножения на поправочные коэффициенты оценки риска, определяемые по каждому Застрахованному лицу в соответствии с Таблицами 1–6.

Таблица 1. Значения коэффициентов риска (Кк) в зависимости от срока действия договора страхования:

Срок страхования (полных месяцев)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Значение Кк	0,30	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

При этом неполный месяц действия договора считается за полный.

Таблица 2. Значения коэффициентов риска (Кр) в зависимости от численности Застрахованных лиц при коллективном страховании:

Численность Застрахованных лиц	Значение Кр
До 100 человек	1,5
101–200 человек	1,2
201– 500 человек	1
501–1000 человек	0,95
Свыше 1 000 человек	0,9

Таблица 3. Значение коэффициентов риска (Ко) в зависимости от опасности производства:

Степень опасности производства	Значение Ко
Повышенная	1,2
Умеренная	1,0
Низкая	0,7

Таблица 4. Значения коэффициентов риска (Кгз) в зависимости от состояния здоровья Застрахованных лиц:

Группа здоровья	Застрахованные лица	Значение Кгз
0 группа	Здоровые лица (18 – 40 лет, без отягощенной наследственности, без вредных привычек, не работающие на производстве с вредными условиями труда).	0,7
1 группа	Практически здоровые лица (20 – 45 лет, без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе простудные заболевания, травмы, аппендицит, грыжу, с умеренной выраженностью вредных привычек, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда), у которых при обследовании впервые выявлено острое или хроническое заболевание легкого течения, требующее консервативного лечения.	1,0
2 группа	Лица с повышенным риском наступления осложнения имеющегося заболевания или его неблагоприятного течения (20 – 50 лет, с отягощенной наследственностью по диабету, онкологическим, сердечно-сосудистым, почечным и психическим заболеваниям, перенесшие черепно-мозговые травмы, злоупотребляющие алкоголем и курением, работающие на производстве с особо вредными условиями труда), у которых имеется острое или хроническое заболевание с рецидивирующим течением, не требующее хирургического лечения. Дети от 6 до 17 лет и лица от 51 до 59 лет.	1,5
3 группа	Больные с рецидивирующими (не менее 2 раз в год) или осложненными заболеваниями (лица трудоспособного возраста, с тяжелыми заболеваниями в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными средствами, работающие на производстве с особо вредными условиями труда), течение которых носит взаимоотноагостяющий характер, а обследование требует сложных, но неинвазивных методов, и не требующие хирургического лечения. Дети от 0 до 5 лет и лица старше 60 лет.	2,0
4 группа	Больные с травмами, тяжелыми острыми или хроническими заболеваниями, требующими сложных, опасных, инвазивных методов обследования или хирургического лечения.	3,5

Таблица 5. Значения коэффициентов риска (Кп), учитывающих вероятность развития профессиональных заболеваний у Застрахованных лиц:

Вероятность развития профессиональных заболеваний	Значение Кп
Допустимая	1,1
Умеренная	1,0
Незначительная	0,8

Таблица 6. Значения коэффициентов риска (Кт) в зависимости от территориального расположения медицинских организаций:

Расположение медицинских организаций	Значение Кт
В пределах одного района города	0,85
В пределах города	1,0
В пределах области	1,3