



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказом Генерального Директора  
Акционерного общества  
«Страховая Компания «Астро-Волга»  
от 06.05.2020г. приказ № 0506/А-1

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(№ 3100/003)<sup>1</sup>

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ. ФРАНШИЗА
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ
11. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
12. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

Приложения:

---

<sup>1</sup> Указанный номер **3100** 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. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа, осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью, настоящие «Общие Правила добровольного медицинского страхования» (№3100/003) (далее – Правила) регулируют отношения, возникающие между Акционерным обществом «Страховая компания «Астро-Волга» (АО «СК «Астро-Волга», далее – Страховщик), Страхователем, Застрахованными лицами, медицинскими/ аптечными/ иными организациями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. Договор добровольного медицинского страхования (далее - Договор страхования) - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема по Программам ДМС, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере.

1.2.2. Страховой риск – предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления, которого заключается Договор страхования.

1.2.3. Страховой случай – совершившееся событие (реализованный страховой риск) в течение действия Договора страхования, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.4. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов). Страховая сумма является лимитом ответственности Страховщика по всем страховым выплатам. Страховая сумма может быть установлена по отдельному страховому случаю/отдельной Программе страхования/ отдельной опции программы ДМС/ на одного Застрахованного/ на всех Застрахованных.

1.2.5. Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа ДМС) – имеющий самостоятельное значение перечень видов медицинской помощи, которые могут быть оплачены Страховщиком, с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых сумм по каждому виду медицинской помощи. К Программе ДМС может быть приложен список медицинских /иных организаций, в которых Застрахованный имеет право получить указанные в Программе ДМС медицинские и иные, связанные с ними услуги, а также список аптечных организаций при наличии в Программе ДМС услуг по лекарственному обеспечению (лекарственной помощи).

1.2.6. Опция программы добровольного медицинского страхования – установленный Программой ДМС перечень медицинских и связанных с ними иных услуг в рамках отдельного вида медицинской помощи, входящего в состав Программы ДМС.

1.2.7. Медицинские услуги – это имеющие самостоятельное законченное значение услуги по консультации, диагностике, профилактике и лечению Застрахованных, оказанные сотрудниками медицинских организаций, имеющими медицинское образование, соответствующую квалификацию, и законное право осуществлять соответствующую медицинскую деятельность.

1.2.8. Медицинская помощь – это комплекс мероприятий включающих в себя медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, реабилитационное, восстановительное лечение, лекарственное обеспечение, направленных на удовлетворение потребностей граждан в поддержании и восстановлении здоровья.

1.2.9. Иные услуги, связанные с медицинскими – оздоровительные и социальные услуги (включая услуги медицинского сервиса), оказываемые медицинскими и иными организациями в целях повышения скорости, качества или результативности оказания медицинских услуг.

1.2.10. Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования.

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

1.2.12. Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая. Страховщик в счет страховой выплаты в соответствии с условиями Договора страхования вправе организовать оказание медицинских и иных, связанных с ними услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в медицинской/ иной организации.

Суммарный размер страховых выплат по Договору добровольного медицинского страхования не может превышать страховую сумму, установленную в Договоре.

1.2.13. Срок действия договора страхования – период времени, в течение которого Договор страхования является обязательным для исполнения сторонами.

1.2.14. Страховая защита (страхование) - обязанность Страховщика оплатить медицинские и иные связанные с ними услуги, лекарственные средства по случаям, признанным страховыми, произошедшим с Застрахованным в течение определенного Договором страхования периода времени.

Страховая защита по Договору страхования распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия страховой защиты.

Договором страхования может быть предусмотрен отложенный период вступления страховой защиты (далее – отложенный период). Если событие, имеющее признаки страхового случая происходит в отложенный период,

Страховщик не несет ответственности по такому событию полностью либо в какой-либо части, предусмотренной Договором.

1.2.15. Франшиза – часть убытков, которая определена Договором страхования, и 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 (страховой выплаты) или в фиксированном размере.

1.2.16. Безусловная франшиза – определенная Договором страхования сумма выплаты, не подлежащая возмещению со стороны Страховщика. Устанавливается в процентах от страховой суммы или в фиксированном размере. Страховая выплата производится в пределах страховой суммы за вычетом франшизы.

1.2.17. Условная франшиза, при которой сумма выплаты, подлежащая возмещению, выплачивается полностью, в случае, когда размер страховой выплаты превышает размер франшизы, установленный Договором страхования.

1.2.18. Медицинские организации - юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензий, выданных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2.18. Аптечные организации - организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензии на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе/опции «Лекарственная помощь». К аптечным организациям относятся аптеки, аптеки организаций здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

1.2.20. Лекарственное обеспечение (лекарственная помощь) – фармацевтическая услуга по предоставлению Застрахованному лицу лекарственных средств, назначенных лечащим врачом медицинской организации в рамках Программы ДМС, предусматривающей данную услугу.

1.2.21. Иные организации - организации, осуществляющие:

торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами, необходимыми для оказания медицинской помощи, их изготовление и отпуск в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ;

медико-транспортные услуги;

услуги медицинского сервиса.

1.2.22. Обеспечение изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами – услуга по предоставлению Застрахованному лицу изделий медицинского назначения, медицинских расходных материалов, необходимых для оказания назначенной врачом медицинской помощи.

1.3. Термины и определения, не установлены настоящими Правилами, используются в соответствии с их лексическим значением, либо с применением определений, установленных законодательством РФ и подзаконными нормативными актами государственных органов РФ.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.2. Субъекты страхования:

2.1.1. Страховщик – страховая организация АО «СК «Астро-Волга» созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.2. Страхователь – дееспособное физическое или юридическое лицо любой организационной правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.1.3. Застрахованное лицо (Застрахованный) – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования.

В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.

2.1.4. Медицинские / аптечные /иные организации, осуществляющие оказание медицинской помощи, иных услуг, связанных с медицинскими услугами, лекарственного обеспечения, обеспечения изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами, необходимыми для оказания медицинской помощи застрахованным лицам.

2.2. Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным медицинских и иных связанных с ними услуг, в случае отсутствия у нее по преysкуранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских организациях.

2.3. При этом письменное согласие Страховщика на оказание медицинских услуг в другой медицинской организации является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинской организацией.

2.4. Конкретный перечень медицинских/аптечных/иных организаций, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, лекарственного обеспечения, обеспечения изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами, необходимыми для оказания медицинской помощи, может быть указан в Договоре страхования (Полисе), Программе ДМС или в приложении к ним.

2.5. На страхование принимаются лица в возрасте от 1 года до 70 лет включительно, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

2.6. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, инфицированные ВИЧ, а также больные

онкологическими заболеваниями, системными болезнями соединительной ткани, с хронической почечной и печеночной недостаточностью, а также граждане, являющиеся инвалидами I группы, и дети – инвалиды, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования или Программами ДМС.

2.6.1. Заключенные в отношении лиц, указанных в п. 2.6 настоящих Правил, договоры страхования без письменного указания Страхователем в момент заключения договора на наличие у Застрахованных перечисленных выше заболеваний признаются недействительными с момента их заключения по решению суда.

2.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

2.8. По всем вопросам, не урегулированным настоящими Правилами и Договором страхования, субъекты страхования руководствуются действующим гражданским законодательством Российской Федерации.

### 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

### 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем является совершившееся в течение действия Договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является: обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинскую / аптечную / иную организацию, определенную Договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи в соответствии с Программой ДМС.

4.3. Страховым случаем не является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования за медицинскими услугами в случае:

- 1) возникновения, либо, если диагноз был установлен до даты вступления договора страхования в силу, обострения заболеваний, указанных в п. 2.6 настоящих Правил, а также их осложнений;
- 2) приобретенного иммунодефицита;
- 3) острых и хронических лучевых нарушений;
- 4) необходимости трансплантации органов и тканей;
- 5) в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

4.3.1. Страховым случаем не является:

1) обращение в медицинские / аптечные / иные организации, не предусмотренные Договором страхования/Программой ДМС при отсутствии предварительного согласования со Страховщиком, если данное согласование предусмотрено Программой ДМС;

2) предоставление медицинских услуг по желанию Застрахованного и/или без медицинских показаний, без направления от лечащего врача;

3) обращение за медицинскими, иными, связанными с ними услугами/лекарственной помощью, не предусмотренными Программами ДМС, на условиях которых заключен Договор страхования;

4) обращение за медицинскими, иными, связанными с ними услугами/лекарственной помощью с нарушением условий Программ ДМС, на условиях которых заключен Договор страхования;

5) обращение за медицинскими, иными, связанными с ними услугами/лекарственной помощью в связи с травматическим повреждением и/или иным расстройством здоровья:

- полученными в результате лучевого облучения;
- которые были оплачены другими организациями, либо из других источников или оказаны в рамках Территориальной программы или федеральной, региональной целевой программы;
- полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- наступившими в результате совершения Застрахованным противоправных действий, подтвержденных решением суда или иного уполномоченного органа, и находящихся в прямой причинно-следственной связи со страховым случаем;

- полученными в результате попытки самоубийства, при умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительстве), за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

4.4. Страхование лиц, указанных в п. 2.6 настоящих Правил, а также включение в Договор страхования отдельных состояний и заболеваний, указанных в п.4.3 настоящих Правил, может осуществляться по согласованию со Страховщиком с применением повышающих коэффициентов к базовой страховой премии, установленной на момент заключения Договора страхования.

4.5. Если в период действия Договора страхования у Застрахованного впервые выявлено заболевание, обращение за медицинскими услугами по поводу которого не является страховым случаем в соответствии с

настоящими Правилами, Страховщик производит их оплату до момента установления диагноза данного заболевания. В дальнейшем услуги по данному заболеванию, в т.ч. лекарственная помощь, не организуются и не оплачиваются.

4.6. При заключении Договора страхования в отношении лиц, являющихся инвалидами, страховая защита по Договору не распространяется на заболевания, явившиеся причиной установления инвалидности или являющиеся сопутствующими этому заболеванию.

## **5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ). ФРАНШИЗА**

5.1. Страховая сумма определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем при заключении Договора страхования и может устанавливаться в целом по Договору страхования либо на каждого Застрахованного отдельно.

5.2. Договором страхования может быть установлен размер страховой суммы по отдельному страховому случаю/ отдельной Программе ДМС/ отдельной опции Программы ДМС.

5.3. Стороны при заключении Договора страхования и в период его действия могут договориться об изменении страховой суммы и/или перечня медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования. В этом случае Стороны подписывают дополнительное соглашение к Договору страхования с указанием соответствующих изменений.

5.4. В Договоре страхования может быть предусмотрена франшиза (безусловная или условная) – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования. При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы. При включении в Договор страхования условной франшизы сумма, подлежащая возмещению, выплачивается полностью, в случае, когда размер страховой выплаты превышает размер франшизы, установленный Договором.

5.4.1. Франшиза определяется по соглашению Сторон при заключении Договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или размеру убытка, либо в фиксированном размере.

5.4.2 Франшиза может быть исключена из договора по соглашению сторон в любой момент его действия, но до осуществления страховой выплаты (страхового возмещения).

5.5. Страховая премия (страховые взносы) устанавливается на основе страхового тарифа, рассчитанного Страховщиком в зависимости от размера страховой суммы, срока действия Договора страхования, перечня медицинских услуг, входящего в Программу ДМС, действующих цен на медицинские услуги в медицинских организациях, а также по результатам андеррайтинга, с учетом других существенных обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска (состояние здоровья, пол, возраст и др.), и указывается в Договоре страхования. Размер страхового тарифа определяется по соглашению Сторон и может быть указан в Договоре страхования.

5.6. Базовые страховые тарифы приведены в Приложение №1 к Правилам.

5.7. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях или изменении ее стоимости, а также при подаче Страхователем заявления об изменении перечня медицинских услуг или размера страховой суммы для конкретных Застрахованных, размер страховой премии (страхового взноса) и страховой суммы в рамках Договора страхования/Программы ДМС может быть изменен по соглашению Сторон.

5.8. Договор страхования может быть заключен на срок от одного дня до нескольких лет.

5.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования:

А) при сроке страхования менее одного года страховая премия исчисляется в процентах от страховой премии, рассчитанной за год:

1 месяц и менее – 20%	7 месяцев – 75%;
2 месяца – 35%;	8 месяцев – 80%;
3 месяца – 50%;	9 месяцев – 85%;
4 месяца – 60%;	10 месяцев – 90%;
5 месяцев – 65%;	11 месяцев – 95%;
6 месяцев – 70%;	

При этом неполный месяц считается как полный;

Б) при сроке страхования более 1 года размер страховой премии исчисляется следующим образом: за каждые 12 месяцев – по страховому тарифу, рассчитанному за год с применением поправочных коэффициентов, пропорционально количеству полных лет страхования, за последующие месяцы – в соответствии с п.п. «А» настоящего пункта.

5.10. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку (страховые взносы), наличными денежными средствами либо безналичным путем.

5.11. Срок и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) и форма проведения расчетов определяются по соглашению Сторон и указываются в Договоре страхования.

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

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю Страховщика.

Если Договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, Договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.13. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам поправочные коэффициенты, исходя из возраста Застрахованного, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о состоянии здоровья, об

имеющихся заболеваний, особенностях образа жизни, данных его медицинской документации, срока действия Договора страхования, объема медицинских услуг, включенных в программу ДМС, категорий медицинских организаций, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения страхового риска и вероятности наступления страхового случая.

5.14. Страховая премия по дополнительному соглашению в связи с изменением страховой суммы или перечня/объема медицинских услуг, рассчитывается в следующем порядке:

а) годовая страховая премия на новых условиях делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного Договора страхования (неполный месяц считается как полный);

Результатом является величина страховой премии на новых условиях, полученная исходя из измененного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного Договора страхования;

б) страховая премия по Договору страхования на прежних условиях делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), в течение которых Договор действовал на прежних условиях.

Результатом является величина страховой премии за срок действия Договора на прежних условиях;

в) величина страховой премии по Договору с учетом изменений определяется путем сложения величин страховой премии, полученных в п.п. «а» и «б».

г) размер страховой премии, подлежащей доплате Страхователем (возврату Страхователю) по дополнительному соглашению к Договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии с учетом изменений (п.п. “в”) величины уплаченной Страхователем страховой премии.

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

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки, установленные Договором, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая:

- в счет страховой выплаты произвести оплату медицинских и иных услуг, лекарственных средств, медицинским/аптечным/иным организациям, предусмотренным Договором страхования, в которых Застрахованный получил медицинскую помощь в рамках указанного Договора, и/или произвести оплату лекарственной помощи, предоставленной Застрахованному в аптечных организациях, предусмотренных Договором страхования;

- произвести страховую выплату в форме возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенные им в целях получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

6.2. Договоры страхования могут быть заключены с юридическими и/или физическими лицами в отношении одного лица или группы лиц.

Типовые формы договоров коллективного добровольного медицинского страхования приведены в Приложениях №4 и №5 настоящих Правил.

6.3. В типовой Договор добровольного медицинского страхования по соглашению Сторон могут быть внесены изменения и дополнения, не влекущие за собой изменение сути страхования, а также не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству РФ.

6.4. Застрахованными по Договору страхования с юридическим лицом являются физические лица, названные в Договоре страхования, либо включенные Страхователем в Список Застрахованных лиц.

6.4.1. Если застрахованное лицо названо в Договоре, но индивидуально не определено, в Договоре должны быть определены критерии, в соответствии с которыми конкретное лицо может быть названо застрахованным.

6.5. Застрахованными по Договору страхования с физическими лицами могут являться как сам Страхователь, так и другие физические лица.

6.6. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с устным заявлением или письменным заявлением установленной формы, заявляет о своем намерении заключить Договор страхования.

6.7. Для заключения Договора страхования Страховщик вправе запросить у Страхователя следующие документы:

6.7.1. Для физически лиц:

- документы Страхователя, Застрахованного, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;

- справку формы 2 НДФЛ с места работы Страхователя;

- копию медицинских карт Застрахованного за последние 5 лет с указанием общего физического состояния, поставленных диагнозов и дат их постановки, предписанного назначенного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, установленных групп инвалидности или направления на МСЭ.

6.7.2. Для юридических лиц:

- Устав;

- Протокол общего собрания или иной документ о назначении руководителя;

- Свидетельство о постановке на учет юридического лица в налоговом органе;

- Свидетельство о внесении записи юридического лица в ЕГРЮЛ;

- Выписка из ЕГРЮЛ;

- Лицензия (если деятельность подлежит лицензированию);

- Документ, удостоверяющий личность лица, подписывающего договор, а также документ, подтверждающий полномочия данного лица на подписание договора;

- Сведения о бенефициаром владельце (бенефициарных владельцах) юридического лица, в т.ч. ФИО, дата и место рождения, паспортные данные, адрес регистрации и места жительства.

Один из перечисленных ниже документов на выбор юридического лица:

- копия годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате);  
- копия годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде);

- копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ;

- справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом;

- копия устава и справка об оплате уставного капитала (для юридического лица, период деятельности которого не превышает трех месяцев со дня его регистрации);

- данные о рейтинге юридического лица, размещенные в сети "Интернет" на сайтах международных рейтинговых агентств ("Standard & Poor's", "Fitch-Ratings", "Moody's Investors Service" и другие) и национальных рейтинговых агентств).

- список подлежащих страхованию лиц с указанием их ФИО, дат рождения; паспортных данных, включающих серию и номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе; адресов регистрации/фактического проживания и контактных данных; возраста, пола; структурного подразделения и табельного номера (при наличии).

6.8. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право провести анкетирование (Форма Анкеты – Приложение №7 к настоящим Правилам), медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать представить медицинские карты подлежащих страхованию лиц, документы об инвалидности, справки из диспансеров для ознакомления. При этом освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) проводится за счет средств Страхователя.

6.9. Договор страхования может быть заключен на условиях включения в него одной или нескольких Программ ДМС, указанных в Приложении № 6 к настоящим Правилам.

6.10. Медицинские и иные, связанные с ними услуги / лекарственная помощь услуги по Договору страхования предоставляются:

- в соответствии с перечнем услуг, предусмотренных Программами ДМС, на условиях которых заключен Договор страхования;

- в медицинских/аптечных/иных организациях, предусмотренных Договором страхования или в иных организациях при наличии предварительного согласования со Страховщиком, если данное согласование предусмотрено Договором.

6.10.1 Договор страхования может содержать и другие условия, которые определяются по соглашению Сторон и должны отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

6.10.2. Страховщик вправе комплектовать Программы ДМС/опции, указанные в Приложении №6 настоящих Правил, в различных сочетаниях и присваивать им коммерческие названия.

6.11. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком (далее по тексту - Полис).

Форма страхового Полиса приведена в Приложение № 3 к настоящим Правилам.

6.12. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии/первого страхового взноса, и действует 12 месяцев.

6.13. Кроме документов, указанных в п.6.11 настоящих Правил, Страхователю (Застрахованным) могут выдаваться, гарантийные талоны, именные регистрационные карточки, пластиковые карты или иные носители информации, определяющие право Застрахованного на получение медицинской и иной помощи в медицинских/аптечных/иных организациях (если эти носители внедрены в работу страховой компании и медицинских/аптечных/иных организаций).

Страховщик выдает Застрахованным лицам документы, указанные в п.6.11 и п. 6.13. настоящих Правил, в сроки, указанные в Договоре страхования.

6.14. Застрахованному запрещается передавать Полис и иные документы, указанные в п. 6.13 настоящих Правил, другим лицам с целью получения ими медицинских услуг/лекарственной помощи по Договору страхования.

В случае установления такого факта Страховщик имеет право применить к Застрахованному лицу, передавшему Полис другим лицам, штрафные санкции, если это предусмотрено Договором страхования.

6.15. При утрате Страхователем (Застрахованным) Полиса или иного документа, указанного в п. 6.11., он незамедлительно должен обратиться к Страховщику с письменным заявлением, на основании которого ему будет выдан дубликат утерянного документа.

При повторной утрате страховых документов в период действия Договора страхования дубликаты выдаются за плату в размере фактической стоимости их изготовления.

6.16. Заключение договора страхования в электронной форме:

6.16.1. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный Сайт Компании в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (доступ к Сайту может быть осуществлен, в том числе с использованием специализированного

программного обеспечения, предоставленного Страховщиком) путем заполнения формы заявления на страхование и, при необходимости, Анкеты.

6.16.2. Одновременно с заявлением о страховании Страховщик вправе потребовать у Страхователя документы (электронные копии документов), подтверждающие сведения, сообщенные в Заявлении (анкете), а также документы, необходимые для оценки риска Страховщиком.

6.16.3. При заключении Договора страхования в электронном виде Страхователь предоставляет информацию и документы в соответствии с п.6.7 настоящих Правил в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.)

6.16.4. Заявление о заключении договора в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

6.16.5. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем (Застрахованным лицом) в заявлении и (или) анкете сведений.

6.16.6. Если после заключения Договора страхования Страховщиком будет установлено, что в заявлении на страхование и (или) анкете Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, влияющие на степень риска и вероятность наступления страхового случая, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ.

6.16.7. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также п.4 ст.6.1 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

6.16.8. При электронном страховании Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

6.16.9. Факт ознакомления Страхователя с условиями Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

6.16.10. Текст настоящих Правил либо Выдержек из настоящих Правил, сформированные на основе положений настоящей Правил, относящихся к конкретной программе страхования, и на основе которых заключен Договор страхования, дополнительно включается в текст электронного страхового полиса.

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

6.17. Договор страхования прекращается в случаях:

6.17.1. истечения его срока действия – с 00 часов 00 мин. дня, следующего за днем, определенным Договором в качестве даты окончания срока его действия;

6.17.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме – с момента такого;

6.17.3. неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные Договором страхования сроки, если иное не предусмотрено Договором;

6.17.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные лица не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору в течение 10 рабочих дней с момента вступления в законную силу судебного решения или принятия (выдачи) соответствующего акта/свидетельства государственного органа;

6.17.5. смерти Застрахованного лица (при индивидуальном Договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, указанный в соответствующем свидетельстве;

6.17.6. соглашения Сторон – с даты, определенной соглашением;

6.17.7. вступления в законную силу соответствующего судебного решения – со дня принятия такого;

6.17.8. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

6.17.9. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

6.17.10. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

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

6.18.1. В этом случае Страхователь обязан направить Страховщику письменное уведомление об отказе от исполнения Договора страхования и вернуть Страховщику страховые Полисы.

6.18.2. Договор страхования считается расторгнутым (прекращенным) и действие страховых полисов прекращается с момента получения Страховщиком письменного уведомления.

6.18.3. При досрочном расторжении (прекращении) Договора страхования по инициативе Страхователя уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором и/или законодательными актами Российской Федерации не предусмотрено иное.

6.19. Страхователь имеет право отказаться от договора страхования в любое время в случаях предусмотренных действующим законодательством РФ, в частности, в соответствии с Указанием ЦБ РФ от 21.08.2017г. №4500-У «О



внесении изменения в п.1 Указания ЦБ РФ от 20.11.2015г. №3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» от 20 ноября 2015г» предусмотрен следующий порядок расторжения договора страхования по инициативе Страхователя:

В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю, при этом:

- если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, но до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме

- если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

6.19.1. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней со дня его заключения.

6.19.2. Возврат Страхователю страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

6.20. Изменение и расторжение Сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом РФ (Глава 29 ГК РФ).

6.21. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом РФ.

6.21.1. При недействительности Договора страхования каждая из Сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности Договора не предусмотрены действующим законодательством РФ.

6.21.2. Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

6.22. В случае отзыва лицензии Страховщик в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении Договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по Договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан.

6.22.1. Обязательства по Договору страхования, по которому отношения Сторон не урегулированы, по истечении трех месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому страховщику в порядке, установленном Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”.

6.22.2. Передача страхового портфеля не может быть осуществлена в случае отсутствия выраженного в письменной форме согласия Страхователя на замену Страховщика.

## 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. Проверять выполнение Страховщиком требований и условий Договора страхования, в случае необходимости - требовать их надлежащего исполнения;

7.1.2. В период действия Договора страхования изменять список Застрахованных лиц в порядке, установленном Договором;

Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в Договоре страхования, другим лицом может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

7.13. Досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и законодательством РФ;

7.1.4. Получить дубликат Договора (Полиса) в случае его утраты;

7.1.5. В течение срока действия Договора страхования изменить перечень медицинских услуг и/или размер страховой суммы. При внесении изменений страховая премия по Договору подлежит пересчету в соответствии с п. 5.10 настоящих Правил.

7.2. Застрахованное лицо имеет право:

7.2.1. Своевременно получать медицинские и иные связанные с ними услуги, лекарственную помощь в соответствии с Программой ДМС и в медицинских/аптечных организациях, предусмотренных Договором страхования;

7.2.2. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

7.2.3. Получить дубликат Полиса в случае его утраты;

7.2.4. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям получения медицинских и иных услуг, лекарственной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций во взаимоотношениях с медицинскими организациями в рамках Договора страхования.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. Требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

7.3.2. Досрочно расторгнуть Договор страхования при невыполнении Страхователем (Застрахованным) условий Договора, письменно уведомив Страхователя о причинах расторжения.

7.3.3. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении Договора страхования информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий Договора;

7.3.4. При заключении Договора страхования потребовать от Страхователя заполнения лицами, подлежащими страхованию, анкет и (или) прохождения ими медицинского освидетельствования;

7.3.5. Отказать в согласовании предоставления или оплате медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обращение за которыми не является страховым случаем по условиям Договора страхования;

7.3.6. Отсрочить решение вопроса об оплате лекарственной помощи, медицинских и иных связанных с ними услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с травматическим повреждением, в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к данному травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до момента принятия соответствующих решений компетентными органами;

7.3.7. В рамках исполнения своих обязательств по Договору страхования знакомиться с медицинской документацией Застрахованных в медицинских/ аптечных /иных организациях, либо получать медицинские документы (их заверенные копии), отражающие состояние здоровья Застрахованного, из медицинских / аптечных/ иных организаций в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ;

7.3.8. Требовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить медицинской/аптечной/иной организации (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) медицинских и иных услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица или в связи с заболеванием в результате события, впоследствии признанного не страховым случаем.

7.3.9. Требовать от Страхователя исполнения обязательств по договору, в том числе своевременной оплаты страховой премии.

7.3.10. После получения от Страхователя/Застрахованного лица информации, влекущей за собой увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

7.3.11. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации.

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

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами, и Программой ДМС, на условиях которых заключен Договор, разъяснять Застрахованному лицу/Страхователю положения, содержащиеся в настоящих Правилах, в Договоре страхования, в Программах ДМС ;

7.4.2. Заключать договоры на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи с медицинскими, аптечными и иными организациями, контролировать выполнение указанными организациями требований и условий договоров;

7.4.3. Обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам (непосредственно или через Страхователя) Полисов или иных документов, указанных в п.6.13 настоящих Правил, и экземпляра настоящих Правил;

7.4.4. Содействовать в организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи, определенных Договором страхования;

7.4.5. Своевременно и в полном объеме производить оплату медицинским/ аптечным/ иным организациям за оказанные медицинские и иные связанные с ними услуги, лекарственную помощь Застрахованным лицам в связи со страховыми случаями в рамках договоров страхования;

7.4.6. Защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля над объемом, сроками и качеством оказываемых Застрахованным лицам медицинских и иных связанных с ними услуг в соответствии с условиями договоров страхования и договоров, заключенных с медицинскими организациями на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг;

7.4.7. Не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, об имущественном положении Страхователей и застрахованных лиц;

7.4.8. Проводить экспертизу качества оказанных услуг по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

7.5. Страхователь обязан:

7.5.1 Предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования, в том числе достоверные ответы на вопросы при анкетировании подлежащих страхованию лиц, сообщить актуальную информацию о состоянии их здоровья;

7.5.2. Уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

7.5.3. Довести до сведения каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные Договором и Программой ДМС, на условиях которых заключен Договор;

7.5.4. Обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

7.5.5. Принимать меры в пределах своей компетенции по устранению неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье Застрахованных лиц;

7.5.6. Сообщать Страховщику в течение срока действия Договора страхования об изменении обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы Стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях;

7.5.7. Обеспечить своевременную передачу каждому Застрахованному лицу Полиса или иного документа, указанного в п.6.13 настоящих Правил.

7.5.8. Оплатить по требованию Страховщика медицинское освидетельствование подлежащих страхованию лиц для оценки фактического состояния их здоровья до заключения Договора страхования;

7.5.9. Возместить Страховщику стоимость оплаченных медицинских и иных услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица или в связи с заболеванием в результате события, впоследствии признанного не страховым случаем;

7.5.10. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования представить Страховщику сведения, предусмотренные п. 6.7.1 настоящих Правил, о дополнительно страхуемых лицах и, если это предусмотрено Договором страхования, на основании дополнительного соглашения уплатить за них страховую премию за период с даты заключения Договора страхования до окончания срока действия Договора.

7.5.11. Выдать вновь Застрахованным страховые Полисы либо иные страховые документы, указанные в п.6.13. настоящих Правил на условиях первоначально заключенного Договора страхования.

7.5.12. В случае уменьшения по инициативе Страхователя количества Застрахованных при коллективной форме страхования Договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, исключаемых из списка Застрахованных, не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.5.13. Возвратить Страховщику Полисы или иные страховые документы, указанные в п.п.6.13.настоящих Правил на лиц, исключаемых из списка Застрахованных.

Представить Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него, необходимые для корректировки списка, в случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования (при соответствии Программы ДМС) без увеличения общего количества Застрахованных лиц по Договору.

7.6. Застрахованный обязан:

7.6.1. По требованию Страховщика заполнить анкету и (или) пройти предварительное медицинское освидетельствование;

7.6.2. Соблюдать назначения/предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных связанных с ними услуг по Договору, в т.ч. распорядок, установленный медицинской организацией;

7.6.3. Обеспечить надлежащее хранение Полиса и иных документов, указанных в п.6.11 и в п.6.13 настоящих Правил, исключающее возможность его/их использования третьими лицами в целях получения медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи;

7.6.4. При досрочном прекращении Договора вернуть Полис либо иной документ, указанный в п.6.13. Страховщику по его требованию.

## 8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховая выплата по настоящим Правилам осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования в пределах страховой суммы, указанной в Договоре в форме:

8.1.1. Оплаты медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обеспечения изделиями медицинского назначения, предусмотренных Программой/опцией ДМС, оказанных медицинскими/ аптечными/ иными организациями, предусмотренными Договором страхования;

8.1.1.2 Основанием для выплат в этом случае являются счета и реестры, выставленные медицинскими/аптечными организациями или счета, выставленные иными организациями в соответствии с условиями заключенных с ними договоров на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обеспечения изделиями медицинского назначения и пр.;

8.1.1.3. При этом оплата оказанных услуг медицинским / аптечным /иным организациями может производиться:

А) за отдельную простую, сложную и/или комплексную медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением/ иной организацией и связанные с предоставлением указанной медицинской помощи (далее - сервисные услуги);

Б) за число койко-дней - при стационарном и стационарозамещающем лечении, в стоимость которого могут входить все оказанные медицинские и иные, связанные с ними услуги, лекарственная помощь, или отдельные виды медицинской/ лекарственной помощи, сервисных услуг;

В) по законченному случаю оказания помощи;

Г) по «подушевому нормативу» за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением / иной организацией Застрахованному в течение определенного периода времени;

Д) иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

8.1.1.4. Порядок оплаты определяется в договоре между медицинской/ аптечной /иной организацией и Страховщиком.

8.1.2. Возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им в целях получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, на условиях которой(ых) заключен Договор страхования.

Основанием для выплат в этом случае является заявление Застрахованного (Страхователя) с приложением необходимых медицинских документов и/или рецептов, выписанных на амбулаторном этапе лечения, с указанием назначенных лекарственных средств, а также подлинного документа об оплате за медицинские и/или иные услуги, оказанные медицинской/аптечной/иной организацией в рамках Договора страхования.

8.2. Страховщик для исполнения своих обязательств по Договорам страхования заключает с медицинскими/аптечными/иными организациями договоры на оказание медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обеспечение изделиями медицинского назначения по которым соответствующая медицинская/аптечная/иная организация обязуется оказать застрахованным лицам медицинские и иные, связанные с ними услуги, определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ ДМС.

8.3. Предоставление медицинских и иных связанных с ними услуг, обусловленных Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские/аптечные/иные организации, указанные в Договоре, при обязательном предъявлении Застрахованным лицом Полиса (или иного документа, указанного в п. 6.13), документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица и, если это предусмотрено Договором страхования, документа (гарантийного талона, гарантийного письма и т.п.), подтверждающего согласование Страховщиком назначенных лечащим врачом услуг, лекарственных средств.

8.4. Сумма, подлежащая оплате Страховщиком за оказанные услуги в связи с наступлением страхового случая, определяется на основании счетов и реестров, выставленных медицинскими/аптечными/иными организациями в соответствии с условиями заключенных с ними договоров на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг.

8.5. Страховщик проводит экономическую экспертизу реестров и экспертизу качества медицинских и иных связанных с ними услуг, оказанных Застрахованным лицам по Договорам страхования, и по результатам проведенных экспертиз определяет сумму, подлежащую оплате медицинским и аптечным организациям.

8.6. Страховщик производит оплату за услуги, оказанные Застрахованному в медицинской/аптечной/иной организации, путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской/аптечной/иной организации в порядке и сроки, установленные договором на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи.

8.7. Общий размер страховых выплат за медицинские и иные связанные с ними услуги, оказанные Застрахованному лицу в период действия Договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, определенной Договором.

## 9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

9.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае:

а) несоответствия сроков, объема и качества оказанных медицинских и иных связанных с ними услуг требованиям, предусмотренным договором с медицинской/аптечной/иной организацией;

б) оказания медицинских и иных связанных с ними услуг лицам, не являющимся Застрахованными лицами по Договору страхования;

в) оказания медицинских и иных связанных с ними услуг за пределами срока действия страховой защиты, предусмотренного Договором страхования;

г) обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, лекарственной помощи в медицинскую/аптечную/иную организацию, не предусмотренную Договором страхования, без предварительного согласования со Страховщиком, если это согласование было предусмотрено условиями Договора;

д) получения Застрахованным лицом медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи:

- не предусмотренных Программой ДМС, на условиях которой заключен Договор страхования;

- с нарушением условий Программы ДМС, на условиях которой заключен Договор страхования.

9.2. Страховщик освобождается от ответственности по обязательствам, если страховой случай наступил вследствие:

- Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.2. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из Договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований, предоставлением документов, подтверждающих данные требования.

10.2.1. Иск к Страховщику может быть предъявлен Страхователем (Выгодоприобретателем) в случае полного или частичного отказа Страховщика удовлетворить претензию либо неполучения от Страховщика удовлетворения претензии или письменного ответа о полном или частичном отказе в удовлетворении претензии в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты подачи письменной досудебной претензии.

10.3. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

10.4. Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

10.5. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

10.6. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи 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 ее проведения за свой счет.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судами в соответствии с их компетенцией.

## 11. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

11.1. В рамках настоящих Правил считается конфиденциальной следующая информация:

- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования;
- персональные данные Застрахованного: фамилия, имя, отчество, дата рождения, серия и номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе, адрес регистрации/проживания, контактная информация;

- персональные данные Застрахованного специальной категории: данные о состоянии здоровья и об имеющихся заболеваниях Застрахованного, о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

11.2. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо обязаны принять все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

11.3. Страховщик на основании запросов, направленных в медицинские организации в рамках действующего законодательства РФ, может получать данные, указанные в п. 11.1.3 настоящих Правил. При этом сотрудники медицинских/ аптечных/ иных организаций освобождаются Застрахованным от обязательств соблюдать конфиденциальность перед Страховщиком.

11.4. Передача конфиденциальной информации третьим лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон.

11.5. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

11.5.1. Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) в целях урегулирования убытков по договорам страхования, администрирования договоров, а также в целях информирования Застрахованных о других программах и об услугах Страховщика, а также в целях проведения анализа и формирования статистики по страхованию.

11.5.2. После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 6 (шесть) лет с момента прекращения действия Договора, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

11.6. Страховщик имеет право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика.

11.7. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных/подлежащих страхованию лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 11.5.1. настоящих Правил.

11.8. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.

11.9. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан предоставить Страховщику письменное уведомление об этом в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения отзыва на обработку персональных данных, с приложением к нему заявления о прекращении действия Договора страхования в отношении такого Застрахованного.

## 12. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

12.1. Общая часть.

12.1.1. 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.

12.1.2. 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.

12.1.3. 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.

12.1.4. 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.

12.2. Термины и определения:

12.2.1. 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.

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

12.2.3. 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.

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

12.2.5. 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.

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

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

12.2.8. 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.

12.2.9. 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.

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

12.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг. 12.3.1. 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.

12.3.2. 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.

12.3.3. 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, 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.

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

12.3.5. 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.

12.4. Общий порядок при взаимодействии с получателями страховых услуг.

12.4.1. 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.

12.4.2. 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).

12.4.3. 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.

12.4.4. 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.

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

12.4.6. 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.

12.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 12.3.3, 12.4.5 и 12.4.6 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.

12.4.8. 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.

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

12.5.1. 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.

12.5.2. 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.

12.5.3. 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.

12.5.4. 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.

12.5.5. 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.

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

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

12.5.8. 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.

12.5.9. 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.

12.5.10. 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.

12.5.11. 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.

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

12.6.1. 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.

12.6.2. 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.

12.6.3. 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.

12.6.4. 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.

12.6.5. В случае выявления факта представления 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.

12.6.6. 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.

12.6.7. 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.

12.6.8. 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.

12.6.9. 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.

12.6.10. 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..

12.6.11. 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.

12.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг.

12.7.1. 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).

12.7.2. 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).

12.7.3. 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.

12.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 12.7.5.

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

12.7.5. 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.

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

**РАЗМЕРЫ БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ**

Страховщик имеет право на основании настоящих Страховых тарифов разрабатывать Тарифные руководства к Программам добровольного медицинского страхования, ориентированным на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам.

**1. Базовые страховые тарифы**

Наименование программы / опции	Базовый страховой тариф, %
<b>Программы ДМС</b>	
1. Амбулаторная помощь	
- Консультация, диагностика	0,44
- Лечение	0,18
- Консультация, диагностика, лечение	0,62
- Консультация, диагностика, лечение на этапе оказания неотложной медицинской помощи	0,01
2. Стационарная помощь	
- Экстренная и неотложная стационарная помощь	0,25
- Экстренная, неотложная и плановая стационарная помощь (круглосуточный и дневной стационар)	0,51
- Дневной стационар	0,30
3. Комплексная медицинская помощь	Суммируются тарифы по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», скорректированные с учетом соответствующих поправочных коэффициентов и соответствующих дополнительных опций
4. Стоматология	73,77
5. Экстренная стоматология	26,57
6. Лекарственная помощь	51,66
7. Вакцинация	1,56
8. Медицинский транспорт	36,32
9. Комплексная медицинская помощь на время занятий спортом (активного отдыха)	0,56
10. Комплексная медицинская помощь на случай профилактики и лечения заболеваний, передающихся клещом:	
10.1. При страховании <u>взрослых</u> программа без исследования клеща	0,09
программа с исследованием клеща	0,099
10.2. При страховании <u>детей в возрасте до 15 лет</u> программа без исследования клеща	0,072
программа с исследованием клеща	0,079
11. Реабилитационно-восстановительное лечение	50,19
12. Комплексная программа ДМС с расширенным перечнем медицинских услуг, в т.ч.	
- Программа №1	53,07
- Программа №2	0,64
13. Диагностика критических заболеваний	13,47
14. Телемедицина	4,50

<b>Дополнительные опции</b>	
Стоматология	1,10
Экстренная стоматология	0,40
Лекарственная помощь	0,26
РВЛ	0,01
Расходные материалы для проведения диагностики	0,29
Расходные материалы в случае травматического повреждения	0,04
Вакцинация	0,30
Медицинский транспорт	7,06
Диагностика критических заболеваний	2,70
Антиклевс	Страховой тариф определяется в соответствии со страховыми тарифами по соответствующей программе
Телемедицина	0,80

Окончательный размер страхового тарифа определяется по соглашению Сторон и может указываться в Договоре страхования.

## 2. Поправочные коэффициенты

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам поправочные коэффициенты с учетом факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков:

1. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь» в зависимости от категории медицинских организаций:

Категория МО	Поправочный коэффициент
МО 1 Категории	1,0
МО 1 и 2 Категории	1,2
МО 1, 2 и 3 Категории	2,0

2. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Стоматология» в зависимости от перечня исключений, предусмотренных программой ДМС:

Наименование перечня исключений	Поправочный коэффициент
Стандартный перечень исключений	1,0
Сокращенный перечень исключений	1,5

3. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь» в зависимости от заболевания, входящего в программу:

Заболевание	Поправочный коэффициент
Основное заболевание	1,00
Сопутствующее заболевание, влияющее на течение основного заболевания	1,05
Сопутствующее заболевание, в т.ч. не влияющее на течение основного заболевания	1,10

4. Поправочный коэффициент при включении в Договор страхования безусловной франшизы, определяемой пропорционально размеру убытка:

Размер франшизы, %	Поправочный коэффициент
10%	0,9
20%	0,8
30%	0,7
50%	0,5
N%	(100-N)/100

5. Поправочный коэффициент при включении в Договор страхования безусловной франшизы, определяемой в рублях:

Размер франшизы, руб.	Поправочный коэффициент
<b>Программа «Амбулаторная помощь»</b>	
1 000 руб.	0,7
2 000 руб.	0,5
<b>Программа «Стационарная помощь»</b>	
1 000 руб.	0,8
2 000 руб.	0,6
3 000 руб.	0,4
<b>Программа «Стоматология»</b>	
1 000 руб.	0,8
2 000 руб.	0,6
3 000 руб.	0,4
<b>Программа «РВЛ»</b>	
2 000 руб.	0,93
3 000 руб.	0,90
5 000 руб.	0,83
8 000 руб.	0,73
10 000 руб.	0,67

б. Поправочный коэффициент в зависимости от группы здоровья Застрахованного (может применяться при индивидуальном страховании физических лиц к итоговой страховой премии по Договору страхования):

Группа здоровья	Поправочный коэффициент
группа здоровья I – практически здоровые лица без отягощенной наследственности, не состоящие на диспансерном учете; без вредных привычек или при их умеренной выраженности;	1,00
группа здоровья II – лица, имеющие хронические заболевания сердца и сосудов, системы пищеварения, эндокринной, мочеполовой, легочной и нервной систем, и опорно-двигательного аппарата с тенденцией к обострениям не чаще 1 раза в год.	1,25
группа здоровья III – лица, имеющие хронические заболевания сердца и сосудов, системы пищеварения, эндокринной, мочеполовой, легочной и нервной систем и опорно-двигательного аппарата с тенденцией к обострениям 2 раза в год и чаще; страдающие гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии. Дети от 1 года до 5 лет включительно и лица в возрасте 60 лет и старше	2,00
группа здоровья IV – лица, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению более 2 раз в год, страдающие гипертонической болезнью 2-3 степени, ИБС, бронхиальной астмой, диабетом, почечно-каменной и желчнокаменной болезнями, перенесшие инфаркт миокарда, и лица, являющиеся инвалидами II-III группы	3,00
группа здоровья V – лица, указанные в п. 2.6. настоящих Правил.	5,0

Данные поправочные коэффициенты не применяются при страховании по договору коллективного добровольного страхования, либо при массовом страховании по специализированным программам страхования.

7. Прочие поправочные коэффициенты к программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь»:

Наименование коэффициента	Поправочный коэффициент, %
Для впервые застрахованных лиц моложе 32 лет	до 0,8
При безубыточности за предыдущий период страхования (сумма выплат по договору = 0)	до 0,8
При оплате страховой премии единовременно, либо в рассрочку до 3 месяцев	до 0,8
При наличии договора страхования по другим видам страхования в АО «СК «Астро-Волга»	до 0,7

8. Поправочные территориальные коэффициенты

Определяются как отношение средней стоимости медицинских услуг на территории преимущественного действия Договора страхования (т.е. города или региона проживания застрахованного) к средней стоимости соответствующих медицинских услуг в целом по компании.

9. Поправочный коэффициент в зависимости от численности застрахованных на предприятии: рассчитывается индивидуально, в пределах от 0,4 до 1,0.

10. Поправочные коэффициенты продукта (условия):

Наименование	Коэффициент
С учетом объема услуг, входящих в программу (условие программы)	0,1 – 10,0
С учетом наличия и длительности отложенного периода	0,1 – 1,0
С учетом ограничения периода действия страховой защиты	0,1 – 1,0
С учетом действия страховой защиты только на определенные заболевания / состояния	0,1 – 1,0
С учетом территории действия договора страхования	0,1 – 10,0
С учетом размера страховой суммы	0,1 – 10,0
С учетом установления лимитов страховой суммы	0,1 – 1,0
Андеррайтерский коэффициент с учетом факторов, не учтенных выше	0,1 – 10,0

11. Страховщик вправе применить коэффициент андеррайтера, учитывающий основания, влияющие на степень страхового риска, а так же индивидуальные условия договора страхования, не учтенные вышеуказанными поправочными коэффициентами, в размере от 0,1 до 10,0.