



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказом Генерального Директора  
Акционерного общества  
«Страховая компания «Астро-Волга»  
от 23.07.2020г. приказ №0723/А-1

Приложение №1 к Приказу №0723/А-1 от 23.07.20г.  
Я.В. Остудин



**ТИПОВЫЕ ПРАВИЛА  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА,  
УЧАСТВУЮЩЕГО В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЛЕКАРСТВЕННОГО  
ПРЕПАРАТА**

(№ 2390/003)<sup>1</sup>

**СОДЕРЖАНИЕ**

- I. Общие положения
- II. Объект обязательного страхования, страховой случай
- III. Размер страховой выплаты
- IV. Страховые тарифы, порядок уплаты страховой премии
- IV(1). Порядок установления страхователем индивидуального идентификационного кода пациента
- IV(2). Порядок информирования страхователем страховщика о привлеченных к клиническому исследованию пациентах
- V. Порядок заключения договора и срок его действия
- VI. Права и обязанности сторон договора и застрахованных лиц (выгодоприобретателей)
- VII. Порядок осуществления страховой выплаты и перечень документов, представляемых застрахованными лицами (выгодоприобретателями) для получения страховой выплаты
- VIII. Основные положения взаимодействия с потребителями страховых услуг

<sup>1</sup> Указанный номер 2390 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.

## **I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящие Типовые правила устанавливают страховые тарифы по обязательному страхованию жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата для медицинского применения (далее – клинические исследования), порядок установления Страхователем индивидуального идентификационного кода пациента, порядок информирования Страхователем Страховщика о привлеченных к клиническому исследованию пациентах, порядок уплаты страховой премии, перечень необходимых документов для осуществления страховой выплаты, порядок реализации прав и обязанностей сторон по договору обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях, в случае причинения вреда его жизни или здоровью в результате проведения клинических исследований и распространяются на отношения, возникающие из указанного договора.

2. В настоящих Типовых правилах используются следующие основные понятия:

«Пациент» – физическое лицо, давшее добровольное информированное согласие на участие в проводимых медицинской организацией клинических исследованиях, подтвержденное его подписью или подписью его законного представителя на информационном листке пациента;

«Страхователь» – организация, осуществляющая организацию проведения клинического исследования, на которую в соответствии с законодательством Российской Федерации возложена обязанность по страхованию жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях, и заключившая со Страховщиком договор;

«Страховщик» – страховая организация, осуществляющая страховую деятельность определенного вида в соответствии с законодательством Российской Федерации и заключившая со Страхователем договор;

«Договор» – договор обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях, по которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) осуществить Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица страховую выплату, предусмотренную договором;

«Застрахованное лицо» – пациент, имущественный интерес которого, связанный с причинением вреда его жизни или здоровью в результате проведения клинических исследований, застрахован по договору;

«Страховой акт» – документ, составляемый Страховщиком и содержащий сведения о рассмотрении им требования об осуществлении страховой выплаты, в том числе о наличии или об отсутствии страхового случая, о Застрахованном лице (Выгодоприобретателе) и о размере причитающейся ему страховой выплаты либо об основаниях отказа в ее осуществлении;

«Индивидуальный идентификационный код пациента» – совокупность знаков, идентифицирующих конкретного пациента.

3. Договор заключается страховой организацией в пользу пациента, участвующего в клиническом исследовании, в соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Типовых правил.

4. В случае причинения вреда жизни Застрахованного лица Выгодоприобретателями по договору являются:

а) следующие граждане, имеющие право на возмещение вреда в случае смерти кормильца в соответствии с гражданским законодательством:

- нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего Застрахованного лица или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания;

- ребенок умершего Застрахованного лица, родившийся после его смерти;

- один из родителей, супруг либо член семьи независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении умершего Застрахованного лица его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими 14 лет либо хотя и достигшими указанного возраста, но по заключению медицинских органов нуждающимся по состоянию здоровья в постороннем уходе. Один из указанных лиц, ставший нетрудоспособным в период осуществления ухода, сохраняет право на возмещение вреда после его окончания;

- лица, состоявшие на иждивении умершего Застрахованного лица и ставшие нетрудоспособными в течение 5 лет после его смерти;

б) родители, супруг, дети умершего Застрахованного лица – при отсутствии граждан, указанных в подпункте «а» настоящего пункта;

в) граждане, на иждивении которых находилось Застрахованное лицо, – в случае смерти Застрахованного лица, не имевшего самостоятельного дохода;

г) лицо, понесшее расходы на погребение Застрахованного лица, – в отношении возмещения таких расходов.

5. Требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного лица в результате проведения клинических исследований, удовлетворяются в течение сроков исковой давности, установленных гражданским законодательством.

## **II. ОБЪЕКТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

6. Объектом обязательного страхования является имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с причинением вреда его жизни или здоровью в результате проведения клинических исследований.

7. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица или ухудшение его здоровья, в том числе влекущее за собой установление инвалидности, при наличии причинно-следственной связи между наступлением этого события и участием указанного лица в клиническом исследовании лекарственного препарата.

### **III. РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

8. Размер страховой выплаты по договору составляет:

а) в случае смерти Застрахованного лица – 2 млн. рублей. Страховая выплата в указанном размере распределяется между Выгодоприобретателями пропорционально их количеству в равных долях;

б) при ухудшении здоровья Застрахованного лица, повлекшем за собой:

- установление инвалидности I группы – 1,5 млн. рублей;

- установление инвалидности II группы – 1 млн. рублей;

- установление инвалидности III группы – 500 тыс. рублей;

в) при ухудшении здоровья Застрахованного лица, не повлекшем за собой установление инвалидности, – не более чем 300 тыс. рублей.

9. Размер страховых выплат, указанных в пункте 8 настоящих Типовых правил, может быть увеличен на основании решения суда.

### **IV. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ, ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ**

10. Размер страхового тарифа в итоге устанавливается путем умножения ставки страхового тарифа, определяемой в зависимости от целей проведения клинического исследования лекарственного препарата, на количество пациентов и на коэффициент страхового тарифа.

11. Ставка страхового тарифа в отношении 1 пациента составляет:

9811 рублей – на проведение клинического исследования с целью установления безопасности лекарственного препарата для пациентов из числа здоровых добровольцев и (или) переносимости их этими лицами;

3804 рубля – на проведение клинического исследования с целью подбора оптимальных дозировок лекарственного препарата и курса лечения пациентов с определенным заболеванием, а также оптимальных доз и схем вакцинации иммунобиологическими лекарственными препаратами пациентов из числа здоровых добровольцев;

1941 рубль – на проведение клинического исследования с целью установления безопасности лекарственного препарата и его эффективности для пациентов с определенным заболеванием, а также профилактической эффективности иммунобиологических лекарственных препаратов для пациентов из числа здоровых добровольцев;

1445 рублей – на проведение клинического исследования в целях изучения возможности расширения показаний для медицинского применения и выявления ранее неизвестных побочных действий зарегистрированных лекарственных препаратов, а также исследования биоэквивалентности и (или) терапевтической эквивалентности в отношении воспроизведенных лекарственных препаратов.

12. Коэффициент страхового тарифа определяется в зависимости от количества пациентов и составляет:

1 – при страховании до 50 пациентов;

0,95 – при страховании от 50 до 100 пациентов;

0,9 – при страховании от 101 до 200 пациентов;

0,85 – при страховании от 201 до 400 пациентов;

0,8 – при страховании от 401 до 600 пациентов;

0,75 – при страховании от 601 до 800 пациентов;

0,7 – при страховании свыше 800 пациентов.

13. Страховая премия по договору определяется в зависимости от страхового тарифа, количества пациентов и коэффициента страхового тарифа.

Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно в срок, установленный договором.

#### **IV(1). ПОРЯДОК УСТАНОВЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИДЕНТИФИКАЦИОННОГО КОДА ПАЦИЕНТА**

13(1). Установление индивидуального идентификационного кода пациента осуществляется Страхователем после получения им разрешения Министерства здравоохранения Российской Федерации на проведение клинического исследования (далее – разрешение).

13(2). Индивидуальный идентификационный код пациента имеет следующую структуру, состоящую из последовательно расположенных слева направо разрядов:

- разряды 1 - 3 – номер разрешения (принимает цифровые значения от 001 до 999);

- разряды 4 - 11 – дата выдачи разрешения (ДД.ММ.ГГГГ, где ДД - число, ММ - месяц, ГГГГ - год);

- разряды 12 - 14 – указанный в разрешении порядковый номер медицинской организации, осуществляющей проведение клинического исследования (принимает цифровые значения от 001 до 100);

- разряды 15 - 17 – первые буквы фамилии, имени и отчества пациента;
- разряды 18 - 25 – дата рождения пациента (ДД.ММ.ГГГГ);
- разряды 26 - 33 – присваиваемый пациенту исследователем, ответственным за проведение клинического исследования (далее – исследователь), уникальный номер, состоящий из цифровых и (или) буквенных обозначений и внесенный в протокол клинического исследования.

13(3). Индивидуальный идентификационный код пациента устанавливается Страхователем исходя из представленных исследователем данных пациента, участвующего в клиническом исследовании, предусмотренных абзацами пятым - седьмым пункта 13(2) настоящих Типовых правил.

13(4). Индивидуальный идентификационный код пациента сообщается Страхователем исследователю для внесения в информационный листок пациента и его медицинскую документацию.

13(5). Присвоенный пациенту индивидуальный идентификационный код не подлежит изменению.

#### **IV(2). ПОРЯДОК ИНФОРМИРОВАНИЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ СТРАХОВЩИКА О ПРИВЛЕЧЕННЫХ К КЛИНИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ПАЦИЕНТАХ**

13(6). Страхователь направляет Страховщику реестр (реестры) индивидуальных идентификационных кодов пациентов на бумажных или электронных носителях в соответствии с договором.

13(7). Страхователь и Страховщик проводят работу по обмену и сверке сведений об индивидуальных идентификационных кодах пациентов в сроки и порядке, которые установлены заключенным между ними соглашением, а также осуществляют обмен необходимой информацией на основе единства технологии обмена, сохранения конфиденциальности информации и обеспечения защиты информационных ресурсов от взлома и несанкционированного доступа.

#### **V. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ**

14. Для заключения договора Страхователь направляет Страховщику письменное заявление о заключении договора с указанием предельной численности пациентов, участвующих в клиническом исследовании, наименования лекарственного препарата, проходящего клиническое исследование, цели клинического исследования, наименования протокола клинического исследования.

15. Договор считается заключенным со дня его подписания и вступает в силу со дня получения Страховщиком реестра индивидуальных идентификационных кодов пациентов (при наличии нескольких реестров – со дня получения первого из них) при условии, что страховая премия уплачена до дня вступления в силу договора.

Реестр (реестры) индивидуальных идентификационных кодов пациентов является неотъемлемой частью договора и прилагается к нему.

16. Срок действия договора не может быть менее чем срок проведения клинических исследований.

В случае продления срока проведения клинического исследования действие договора, заключенного на срок его проведения, продлевается по заявлению Страхователя в установленном порядке на соответствующий срок.

17. Документом, удостоверяющим осуществление обязательного страхования пациента, является полис обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях (далее – полис обязательного страхования), выдаваемый каждому Застрахованному лицу.

18. Оформление полиса обязательного страхования осуществляется Страховщиком по форме согласно приложению. Полис обязательного страхования имеет единую форму на территории Российской Федерации и после его оформления передается Страховщиком Страхователю, который выдает его Застрахованному лицу.

При необходимости внесения в полис обязательного страхования изменений Страховщик оформляет новый полис в течение 2 рабочих дней со дня возвращения Страхователем истребованного у Застрахованного лица ранее выданного ему полиса обязательного страхования.

#### **VI. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА И ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ (ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕЙ)**

19. Страхователь имеет право:

а) знакомиться с документами, подтверждающими правоспособность и платежеспособность Страховщика;

б) участвовать в выяснении обстоятельств страховых случаев.

20. Страхователь обязан:

а) страховать за свой счет риск причинения вреда жизни или здоровью пациентов;

б) направлять Страховщику сведения, необходимые для заключения договора и расчета страховой премии, уведомлять Страховщика в течение срока действия договора обо всех изменениях в предоставленных сведениях;

в) уплатить страховую премию в срок, установленный договором;

г) содействовать проведению Страховщиком мероприятий по оценке страхового риска при заключении договора;

- д) ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора и организовать выдачу им полисов обязательного страхования;
- е) в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица:
- в течение 5 рабочих дней со дня наступления несчастного случая при проведении клинического исследования составить акт о несчастном случае и направить его копию Страховщику;
  - в течение 5 рабочих дней со дня обращения к нему Застрахованного лица (Выгодоприобретателей) в связи с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица сообщить Страховщику о заявителях.
21. Страховщик имеет право:
- а) запросить у Страхователя при заключении договора необходимую информацию об особенностях планируемого клинического исследования с целью оценки страхового риска и установления размера страховой премии;
  - б) запрашивать у Страхователя в течение срока действия договора дополнительную информацию в целях возможного внесения необходимых изменений в договор;
  - в) участвовать в выяснении обстоятельств страховых случаев, в том числе с привлечением своих представителей;
  - г) до полного определения размера подлежащего возмещению вреда осуществить по заявлению Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) часть страховой выплаты, соответствующую фактически определенной части причиненного вреда;
  - д) направлять Страхователю запросы о предоставлении соответствующих документов и информации, раскрывающей особенности проведения клинического исследования.
22. Страховщик обязан:
- а) рассмотреть заявление Страхователя о заключении договора, оценить страховой риск, определить размер страховой премии и подготовить к подписанию договор;
  - б) предоставить Страхователю 1 экземпляр договора после его подписания и иные документы, касающиеся осуществленного им страхования;
  - в) оформить полисы обязательного страхования;
  - г) выдать дубликаты полиса обязательного страхования или договора в случае их утраты Страхователем или Застрахованным лицом;
  - д) зарегистрировать заявление Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного лица, с указанием даты поступления заявления и содержащейся в нем информации;
  - е) сообщить Страхователю не позднее 5 рабочих дней со дня поступления заявления Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного лица, о поступлении этого заявления (с указанием даты и содержащейся в нем информации);
  - ж) составить страховой акт, на основании которого осуществляется страховая выплата;
  - з) осуществить страховую выплату в порядке, сроки и размере, которые предусмотрены настоящими Типовыми правилами и договором, направить Страхователю информацию об осуществлении страховой выплаты (копию страхового акта). При непризнании случая страховым направить Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты и сообщить о нем Страхователю;
  - и) возмещать Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) понесенные им расходы, связанные с проведением экспертных исследований по установлению причинно-следственной связи между смертью Застрахованного лица или ухудшением его здоровья и приемом лекарственного препарата.
23. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) вправе:
- а) предъявлять требование о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного лица, непосредственно к Страховщику путем подачи соответствующего заявления;
  - б) предъявлять требования об увеличении размера страховой выплаты в судебном порядке.
24. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязано сообщить Страховщику определенные настоящими Типовыми правилами и необходимые для осуществления страховой выплаты персональные данные.

## **VII. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ (ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ) ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

25. Для получения страховой выплаты Застрахованное лицо (его законный представитель) представляет Страховщику:
- а) заявление об осуществлении страховой выплаты;
  - б) полис обязательного страхования;
  - в) копию подписанного информационного листка пациента;
  - г) копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;
  - д) копии документов, удостоверяющих личность законного представителя Застрахованного лица, а также подтверждающих его полномочия;
  - е) копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления Застрахованному лицу инвалидности;

- ж) копию заключения (справки) медицинской организации о состоянии здоровья Застрахованного лица;
  - з) копию решения суда о возмещении вреда, причиненного здоровью Застрахованного лица в результате проведения клинического исследования (если дело рассматривалось в судебном порядке).
26. Для получения страховой выплаты Выгодоприобретатель представляет Страховщику:
- а) заявление об осуществлении страховой выплаты;
  - б) полис обязательного страхования Застрахованного лица;
  - в) копию подписанного информационного листка пациента;
  - г) копию свидетельства о смерти Застрахованного лица;
  - д) копию документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя;
  - е) копии свидетельства о заключении брака, документов, подтверждающих, что Выгодоприобретатель является отцом или матерью умершего Застрахованного лица, свидетельства о рождении ребенка (детей) Застрахованного лица, а также документов, подтверждающих полномочия законного представителя;
- ж) документы, подтверждающие нахождение на иждивении умершего Застрахованного лица либо наличие права на получение от него содержания;
  - з) справку федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающую установление инвалидности (признание ребенком-инвалидом) Выгодоприобретателю, находившемуся на дату наступления страхового случая на иждивении умершего Застрахованного лица;
  - и) заключение (справку) медицинской организации, федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы о нуждаемости в постороннем уходе Выгодоприобретателя или иных лиц, находившихся на дату наступления страхового случая на иждивении умершего Застрахованного лица;
  - к) справку органа социальной защиты населения (медицинской организации, органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, органа местного самоуправления, органа службы занятости населения), подтверждающую, что Выгодоприобретатель из числа лиц, указанных в абзаце четвертом подпункта «а» пункта 4 настоящих Типовых правил, не работает и занят уходом за соответствующими лицами;
  - л) документы, подтверждающие отсутствие самостоятельного дохода у умершего Застрахованного лица и его нахождение на иждивении Выгодоприобретателя (справка организации, осуществляющей образовательную деятельность, подтверждающая обучение Застрахованного лица в этой организации, документы, подтверждающие его инвалидность либо нуждаемость в постороннем уходе, и др.);
  - м) копии заключения медицинской организации о смерти Застрахованного лица, протокола патолого-анатомического вскрытия Застрахованного лица и посмертного эпикриза;
  - н) копии документов, подтверждающих расходы, понесенные на погребение Застрахованного лица;
  - о) копию решения суда о возмещении вреда, причиненного жизни Застрахованного лица в результате проведения клинического исследования (если дело рассматривалось в судебном порядке).
27. Копии документов, указанных в пунктах 25 и 26 настоящих Типовых правил, заверяются в установленном порядке или представляются с предъявлением подлинников.
28. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в течение 30 дней со дня поступления заявления Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) со всеми необходимыми документами.
29. Страховая выплата в соответствии с договором осуществляется независимо от выплат, причитающихся по другим видам страхования, в том числе обязательного страхования, а также в порядке социального обеспечения и возмещения вреда.

## **VIII. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ**

### **30. Общая часть.**

30.1. 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.

30.2. 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.

30.3. 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.

30.4. 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.

31. Термины и определения:

31.1. 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.

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

31.3. 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.

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

31.5. 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.

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

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

31.8. 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.

31.9. 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.

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

32. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг.

32.1. 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.

32.2. 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.

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

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

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

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

выплате или сокращение ее размера;

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

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

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

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

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

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

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

32.5. 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.

33. Общий порядок взаимодействия с получателями страховых услуг

33.1. 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.

33.2. 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).

33.3. 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.

33.4. 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.

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

33.6. 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.

33.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 32.3, 33.5 и 33.6 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.

33.8. 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.

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

34.1. 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.

34.2. 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.

34.3. 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.

34.4. 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, подтверждающим полномочия данного лица.

34.5. 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.

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

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

34.8. 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.

34.9. 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.

34.10. 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.

34.11. 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.

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

35.1. 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 правилами страхования, а также своевременно информирует получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении.

35.2. 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.

35.3. 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.

35.4. 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.

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

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

35.6. 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.

35.7. 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.

35.8. 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.

35.9. 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.

35.10. 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..

35.11. 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.

36. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

36.1. 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).

36.2. 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).

36.3. 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.

36.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 36.5.

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

36.5. 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.

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

## **ТАРИФНЫЕ СТАВКИ И ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ**

### **1. Ставки страхового тарифа**

Ставки страхового тарифа в отношении 1 пациента составляют:

9811 рублей – на проведение клинического исследования с целью установления безопасности лекарственного препарата для пациентов из числа здоровых добровольцев и (или) переносимости их этими лицами;

3804 рубля – на проведение клинического исследования с целью подбора оптимальных дозировок лекарственного препарата и курса лечения пациентов с определенным заболеванием, а также оптимальных доз и схем вакцинации иммунобиологическими лекарственными препаратами пациентов из числа здоровых добровольцев;

1941 рубль – на проведение клинического исследования с целью установления безопасности лекарственного препарата и его эффективности для пациентов с определенным заболеванием, а также профилактической эффективности иммунобиологических лекарственных препаратов для пациентов из числа здоровых добровольцев;

1445 рублей – на проведение клинического исследования в целях изучения возможности расширения показаний для медицинского применения и выявления ранее неизвестных побочных действий зарегистрированных лекарственных препаратов, а также исследования биоэквивалентности и (или) терапевтической эквивалентности в отношении воспроизведенных лекарственных препаратов.

### **2. Поправочные коэффициенты страхового тарифа**

Коэффициент страхового тарифа определяется в зависимости от количества пациентов и составляет:

- 1 – при страховании до 50 пациентов;
- 0,95 – при страховании от 50 до 100 пациентов;
- 0,9 – при страховании от 101 до 200 пациентов;
- 0,85 – при страховании от 201 до 400 пациентов;
- 0,8 – при страховании от 401 до 600 пациентов;
- 0,75 – при страховании от 601 до 800 пациентов;
- 0,7 – при страховании свыше 800 пациентов.

### **3. Исчисление размера страхового тарифа и страховой премии по договору**

Размер страхового тарифа устанавливается путем умножения ставки страхового тарифа, определяемой в зависимости от целей проведения клинического исследования лекарственного препарата и коэффициента страхового тарифа в зависимости от количества пациентов.

Страховая премия по договору определяется в зависимости от страхового тарифа умноженное на количество пациентов.



Заявление страхователя: Условия страхования изложенные в Договоре (Полисе) понятны и разъяснены мне лично в полном объеме, со всеми условиями по Договору (Полису) страхования согласен (на) полностью. Правила страхования включая приложения к Полису я получил (ла) и обязуюсь выполнять. Согласен (на) с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) моих персональных данных. Прочие субъекты страхования предупреждены о заключении договора страхования и согласны с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) своих персональных данных. Я уведомлен (а) об уничтожении персональных данных по истечении срока хранения в связи с достижением цели обработки персональных данных

Страховщик

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. уполномоченного  
лица)

М.П.

Дата выдачи полиса «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.