



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Первого заместителя
Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 21.10.2020 г. приказ № 1021/А-1

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(№ 1100/004) ¹

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ
5. ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)
7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ
8. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА
10. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
11. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ
13. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

Приложения:

¹ Указанный номер **1100** 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) **/004** - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На условиях настоящих Правил АО «СК «Астро-Волга» (далее - Страховщик) заключает договоры страхования, в соответствии с которыми гарантирует организацию и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком.

1.2. Целью проводимых Страховщиком Программ добровольного медицинского страхования является оказание населению (как гражданам, так и трудовым коллективам) квалифицированной и высококомфортной медицинской помощи.

1.3. Страхование по настоящим Правилам осуществляется по различным видам Программ: Приложение №3 к настоящим Правилам - перечень Программ страхования.; Приложение №7 - Программы страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

1.4. Страхователь может заключать Договор добровольного медицинского страхования здоровья на базе любого набора Программ страхования, учитывая наиболее соответствующие его потребностям виды медицинской помощи, входящие в каждую Программу.

1.5. Обеспечение Программ страхования здоровья ведется на базе медицинских учреждений, с которыми заключен договор у Страховщика.

1.6. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страхователями** признаются российские и иностранные юридические лица, независимо от их организационно-правовой формы, а также дееспособные граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, заключающие со Страховщиком договоры добровольного медицинского страхования.

2.2. **Страховщик** – АО «СК «Астро-Волга», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством и лицензией на добровольное медицинское страхование, выданной федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим надзор за страховой деятельностью.

2.3. При коллективном страховании Страхователи – юридические лица заключают договоры страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи – физические лица, вправе заключать со Страховщиком договоры страхования, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц. Группы физических лиц вправе заключать индивидуальные (групповые) договоры страхования на одинаковых условиях, причем на групповые договоры распространяются дополнительные возможности коллективных договоров страхования. Минимальный размер группы может быть ограничен Страховщиком при формировании программы добровольного медицинского страхования для группового договора.

2.4. **Застрахованным** признается физическое лицо, в отношении страхования которого заключен договор. Если Застрахованный и Страхователь – одно лицо, все положения настоящих Правил, относящиеся к Застрахованному, распространяются на Страхователя.

2.5. Страховщик вправе отказать в заключение договора страхования в отношении следующих лиц:

- возраст которых на момент заключения договора превышает 65 лет;
- инвалидов I и II групп.
- состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- состоящих на учете в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- больных онкологическими заболеваниями в терминальной стадии и системными заболеваниями крови;
- имеющих, по мнению экспертов Страховщика, высокий коэффициент медицинского риска;
- имеющих задолженность по уплате страховых взносов по предшествующему договору.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оказанием им медицинских и иных услуг, вследствие расстройства здоровья или состояния, требующих организации и оказания таких услуг, а так же проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховыми рисками являются предполагаемые события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Страхователя (Застрахованного) в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу ухудшения

состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравлении и в других случаях, предусмотренных Договором страхования, требующих оказания медицинской помощи. Услуги предоставляются Застрахованному в соответствии с предусмотренной Договором страхования Программой страхования или по дополнительному согласованию со Страховщиком путём оказания консультативной, лечебной, профилактической, реабилитационно-восстановительной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи. В соответствии с программой страхования Застрахованному по медицинским показаниям могут быть предоставлены медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

5. ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

5.1. Страховщик принимает на свою ответственность за предварительно внесенный страховой взнос и в пределах соответствующей каждой Программе страхования страховой суммы обеспечение лечения Страхователя (Застрахованного) в базовых медицинских учреждениях с оплатой медицинским учреждениям расходов по оказанию Страхователю (Застрахованному) необходимой медицинской помощи в связи со страховым случаем (п.4.2).

5.2. Страховой суммой, определяющей объем ответственности Страховщика перед Страхователем по Договору страхования, заключенному по настоящим Правилам, является максимально возможная стоимость медицинских услуг и услуг повышенной комфортности по каждому виду медицинской помощи, входящему в Программу страхования.

Страховая сумма назначается Страховщиком на основании:

-данных о наиболее часто встречающемся количестве обращений за медицинской помощью на одного жителя по профильным заболеваниям Программ добровольного медицинского страхования, определённых по многолетним статистическим наблюдениям отделами статистики базовых медицинских учреждений;

-тарифной цены одного обращения для получения услуги по договорам с медицинскими учреждениями, определяемыми как базовые в Программе добровольного медицинского страхования.

5.3. Страховщик оплачивает расходы базовых медицинских учреждений за оказание Страхователю (Застрахованному) тех медицинских и иных услуг, которые входят в Программу страхования.

5.4. Программа добровольного медицинского страхования может предусматривать самостоятельную оплату части стоимости полученных медицинских и иных услуг. Порядок оплаты Застрахованным части услуг указывается в договоре страхования.

5.5. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесённых для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением (требованием выплаты, претензией) и предъявляет договор страхования или страховое свидетельство, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

-копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации-копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

-врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

-документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном исследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т. д.);

-документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным (Страхователем) медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования;

-страховое свидетельство и документ, удостоверяющий личность получателя.

5.6. Размер страхового возмещения равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, если договором не определена оплата части стоимости услуг за счет средств Застрахованного.

5.7. В десятидневный срок эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания. Страховщик вправе затребовать предоставления дополнительной информации медицинского характера или потребовать проведения медицинского освидетельствования Застрахованного специалистами, назначенными Страховщиком. В случае, если такая возможность предоставлена не будет, либо будет установлено сокрытие или искажение сведений о Застрахованном, Страховщик вправе отказать в выплате или уменьшить её размер.

5.8. Количество медицинских, сервисных и иных услуг, предлагаемых Страхователю (Застрахованному) в соответствии с Программой Добровольного медицинского страхования, при возникновении названных в настоящих Правилах страховых случаев (п.3.1), оказывается в пределах назначенной в Договоре страховой суммы.

Расширение перечня услуг предусматривает дополнительную плату и должно быть оговорено в Договоре страхования.

5.9. Страховщик вправе отказать от оплаты медицинских услуг в связи со следующими обстоятельствами:

а) инвалидность или смерть Застрахованного в результате лечения, не согласованного со Страховщиком, массовых катастроф и стихийных бедствий, транспортных аварий, производственных травм, суицидальных или

криминальных действий, инвалидность или смерть в состоянии токсического, наркотического или алкогольного опьянения;

б) получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

в) умышленным причинением себе телесных повреждений, а также покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

г) нарушение функции опорно-двигательного аппарата, возникшее до заключения Договора страхования;

д) заболевания, диагностированные до заключения Договора страхования, но не продекларированные Застрахованным при оформлении полиса;

е) венерические заболевания, СПИД, туберкулез;

ж) сахарный диабет I и II типа (с момента установления диагноза);

з) особо опасные инфекции;

и) алкоголизм, наркомания, токсикомания;

к) психические болезни;

л) трансплантация органов и тканей, косметические операции;

м) заболевания, связанные с введением комплекса карантинных мероприятий.

Страховщик вправе также не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленный договором предельный уровень страхового обеспечения – страховую сумму по договору, либо лимит страховой суммы по единичному случаю.

Под единичным случаем амбулаторного лечения понимается одно или несколько обращений, имеющих единую причину и произошедших в ограниченный период времени; при стационарном лечении – период непрерывного пребывания в отделениях (одном или нескольких) стационара от момента госпитализации до выписки.

В случае перевода из одного стационара в другой по медицинским показаниям, весь период пребывания в стационарах расценивается, как единичный случай.

5.10. В случае нанесения ущерба здоровью держателю полиса, наступившего в результате невыполнения обязательств Страховщиком, последний выплачивает компенсацию в размере страхового взноса.

5.11. Расходы, понесенные Страховщиком при оказании медицинской помощи, не предусмотренной страховой программой, а также связанные с проведением экспертной оценки, не подтвердившей наступление страхового случая, оплачиваются Страхователем.

5.12. При несогласии Застрахованного с решением Страховщика об отказе в оплате услуг медицинских организаций это решение может быть оспорено в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

6.1. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

6.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им базовые страховые тарифы, определяющие страховую премию с учетом Программ ДМС, объема обязательств Страховщика, срока действия договора страхования.

6.3. Страховщик при определении размера страховой премии вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от возраста Застрахованных лиц, профессии, образа жизни, привычек, наличия вредных условий труда и иных факторов страхового риска, результатов анкетирования.

6.4. При определении размера страхового взноса Страхователю (Застрахованному) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету-заявление. Сведения, указанные в Медицинских анкетах-заявлениях, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование. В случае отказа Страхователя (Застрахованного) от заполнения Медицинской анкеты-заявления или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.5. При страховании трудовых коллективов за счет средств предприятий предприятие уплачивает страховой платеж, равный сумме страховых взносов за каждого сотрудника на количество застрахованных по списку.

6.6. Страховой взнос за одного сотрудника предприятия при коллективном страховании за счет средств предприятия рассчитывается также как страховой взнос при индивидуальном страховании.

6.7. Страховой взнос при индивидуальном страховании рассчитывается как сумма страховых взносов по выбранным Программам страхования.

6.8. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанном с увеличением стоимости оказания медицинских и иных услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских и иных услуг, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос страховой премии (при коллективном страховании – в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению страховой суммы и, при расширении перечня медицинских и иных услуг, объема ответственности, за не истекший период действия договора.

6.9. Страховые взносы по договору страхования должны быть уплачены Страхователем единовременно или по соглашению сторон уплачиваться в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода).

6.10. Страховые взносы могут быть уплачены Страхователем наличными денежными средствами или путём безналичных расчётов или иным способом по договорённости сторон.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор медицинского страхования здоровья заключается, как правило, на 1 год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

7.2. Договор индивидуального медицинского страхования оформлен страховым полисом.

7.3. Коллективное медицинское страхование за счет средств предприятия оформляется Договором коллективного медицинского страхования с приложением к нему списка застрахованных. При этом может быть оформлен страховой полис каждому члену коллектива в общем количестве равном количеству застрахованных, указанному в Договоре страхования.

7.4. Для оформления Договора добровольного медицинского страхования при коллективном или индивидуальном страховании Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) сведения о предшествующих осмотрах и их результатах;

7.5. Владелец полиса, неправильно информировавший Страховщика о состоянии своего здоровья, теряет право на компенсацию расходов по выполнению медицинских услуг, указанных в Программе добровольного медицинского страхования в размере 50% от их фактической стоимости.

7.6. В Договоре страхования может быть установлена временная франшиза - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговорённых заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

7.7. При коллективном добровольном медицинском страховании Страхователь в срок не менее чем за 30 дней до наступления ежегодного страхового платежа может изменить контингент Застрахованных или расторгнуть настоящий Договор после истечения очередного года.

7.8. В случае изменения количества Застрахованных при наступлении нового страхового года или досрочном расторжении Договора коллективного медицинского страхования Страхователь обязан поставить об этом в известность застрахованных сотрудников коллектива и известить об этом в письменном виде Страховщика.

7.9. Если в течение одного страхового года у Страхователя появилась необходимость включить в число Застрахованных новые лица, то оформляется Дополнение к Договору со списком включаемых лиц, их количеством, указанием Программ страхования и суммой взноса за период от момента принятия Дополнения к договору до конца страхового года по основному Договору. Сумма взноса за неполный страховой год соотносится с суммой годового платежа следующим образом:

1 месяц - 20%	5 месяцев - 60%	9 месяцев - 85%
2 месяца - 30%	6 месяцев - 70%	10 месяцев - 90%
3 месяца - 40%	7 месяцев - 75%	11 месяцев - 95%
4 месяца - 50%	8 месяцев - 80%	

7.10. Застрахованный обязан обратиться в назначенное Страховщиком медицинское учреждение для постановки на учет, прохождения ежегодного обследования и наблюдения у лечащего врача. Сроки обследования у лечащего врача и его заключение фиксируются в амбулаторной карте.

7.11. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случае:

7.11.1. Истечения срока действия договора;

7.11.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объёме;

7.11.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

7.11.4. По требованию одной из сторон или по соглашению сторон в соответствии с действующим Законодательством;

7.11.5. Смерти Застрахованного;

7.11.6. Смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица (ликвидации, реорганизации Страхователя – юридического лица в порядке, установленном действующим законодательством), если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим Законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования;

7.11.7. Принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

7.11.8. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и настоящими правилами.

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

В случае отказа Страхователя от договора страхования (посредством обращения к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования) в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии и при условии отсутствия в данном периоде

страховых случаев (событий, имеющих признаки страхового случая), уплаченная Страхователем страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю:

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

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

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

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

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

7.12. При прекращении договора страхования в отношении части застрахованных лиц Страхователь письменно извещает об этом Страховщика. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за не истекшую в отношении этих лиц часть договора страхования за минусом понесённых Страховщиком расходов (если договором страхования не предусмотрено иное). Договор страхования в отношении этих лиц прекращается с указанной в заявлении даты, а при её отсутствии – с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

7.12.1. В случае если страхователь отказался от договора добровольного 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, и до даты возникновения обязательств страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату страховщиком страхователю в полном объеме.

7.12.2. В случае если страхователь отказался от договора добровольного страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, 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 добровольного страхования.

7.12.3. Договор добровольного страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.12.4. Возврат страхователю страховой премии производится по выбору, указанному в заявлении на расторжение договора, страхователя: наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора добровольного страхования.

7.13. Условия, указанные в п.п. 7.12.1 - 7.12.4 не распространяются на следующие случаи осуществления добровольного страхования:

7.13.1. Осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

7.13.2. Осуществление добровольного страхования, предусматривающего оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

7.13.3. Осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. ВЗАИМООТНОШЕНИЕ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

8.1. При наступлении страхового случая Застрахованный имеет право напрямую обратиться в любое профилирующее медицинское учреждение, указанное в полисе, за получением необходимой медицинской помощи.

8.2. При обращении Застрахованного в медицинское учреждение, оно оказывает необходимую медицинскую помощь в следующие сроки:

- неотложная помощь до 2 часов;
- плановая помощь до 5 дней.

8.3. Для получения предусмотренных Программой страхования услуг в медучреждениях, не указанных в полисе, можно обратиться в предложенное Страховщиком координирующее медицинское учреждение.

8.4. Страхователь (Застрахованный) имеет право замены поликлиники или лечащего врача, для чего необходимо обратиться в диспетчерскую службу Страховщика.

8.5. Страхователь (Застрахованный), не выполнивший предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи или нарушивший внутренний распорядок медицинского учреждения, теряет право на компенсацию затрат на амбулаторно-поликлиническое и госпитальное лечение.

8.6. Компенсация расходов на лечение Застрахованного, неправильно продекларировавшего свою группу здоровья, несогласовавшего с лечащим врачом обращение за помощью, а также сроки и характер оздоровления, производится в размере 50% от фактических затрат на лечение.

8.7. Уклонение держателя полиса от проведения ежегодных профобследований, как и от выполнения рекомендаций медицинских работников Страховщика может служить основанием для отказа в удовлетворении страхового иска.

8.8. Для реализации программ добровольного медицинского страхования Страховщик заключает двусторонние договоры с медицинскими учреждениями. Страховщик оплачивает лечебно-профилактическую помощь, оказываемую медицинскими учреждениями Страхователю (Застрахованному) по тарифам, согласованными с базовыми медицинскими учреждениями.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

9.1. Страхователь обязан незамедлительно в разумные сроки уведомить Страховщика обо всех известных ему существенных изменениях в принятом на страхование страховом риске, произошедших в течение срока действия договора страхования, даже если такое изменение страхового риска происходит не по воле Страхователя.

9.2. Существенными изменениями в страховом риске признаются такие изменения в объекте страхования или связанные с объектом страхования, которые имеют значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и которые могли бы, если бы они существовали в момент заключения договора страхования, повлиять на решение Страховщика о заключении договора страхования или на конкретные условия договора страхования.

В случаях, если Страхователь сомневается, являются ли произошедшие в страховом риске изменения существенными, он обязан уведомить Страховщика об этих изменениях.

В любом случае существенными являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении договора страхования в его Заявлении о страховании и в договоре страхования.

9.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать внесения изменений в условия действующего договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против внесения изменений в условия договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

9.4. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в п. 8.1 настоящих Правил, Страховщик (до наступления страхового события) вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

10. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

10.1. Конфиденциальной считается следующая информация:

10.1.1. о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

10.1.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания.

10.1.3. о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком

10.2. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 10.1.2 персональные данные своим партнёрам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по договору страхования. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

10.3. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 10.1.3 настоящих Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязанности конфиденциальности перед Страховщиком.

10.4. Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. для урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов-реестров или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений.

10.5. Страховщик и партнёры Страховщика имеют право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в медицинские учреждения (при необходимости) обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и

партнёры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнёров Страховщика.

10.6. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнёрами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с действующим Законодательством РФ в объёме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 10.4 настоящих Правил.

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

10.8. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

11. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

11.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. Однако по соглашению сторон в Договор страхования могут быть внесены оговорки, дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

11.2. Согласованные положения Договора страхования имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил. В части условий, неурегулированных Договором страхования, применяются настоящие Правила.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

12.1. В спорных случаях, при определении показаний к реализации услуг, предусмотренных Договором страхования, формируется независимая экспертная комиссия в составе:

- представителя клиента;
- местного органа здравоохранения;
- страховой компании.

12.2. Заключение комиссии оспаривается только в судебном порядке.

13. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

13.1. Общая часть.

13.1.1. 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.

13.1.2. 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.

13.1.3. 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.

13.1.4. 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.

13.2. Термины и определения:

13.2.1. **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.

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

13.2.3. 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.

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

13.2.5. **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.

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

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

13.2.8. **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.

13.2.9. **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.

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

13.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг

13.3.1. 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.

13.3.2. 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.

13.3.3. 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.

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

13.3.5. 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.

13.4. Общий порядок при взаимодействии с получателями страховых услуг

13.4.1. 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.

13.4.2. 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).

13.4.3. 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.

13.4.4. 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.

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

13.4.6. 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.

13.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 13.3.3, 13.4.5 и 13.4.6 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.

13.4.8. 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.

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

13.5.1. 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.

13.5.2. 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.

13.5.3. 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.

13.5.4. 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.

13.5.5. 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.

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

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

13.5.8. 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.

13.5.9. 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.

13.5.10. 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.

13.5.11. 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.

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

13.6.1. 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.

13.6.2. 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.

13.6.3. 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.

13.6.4. 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.

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

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

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

13.6.6. 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.

13.6.7. 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.

13.6.8. 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.

13.6.9. 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.

13.6.10. 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.

13.6.11. 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.

13.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг.

13.7.1. 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).

13.7.2. 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).

13.7.3. 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.

13.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 13.7.5.

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

13.7.5. 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.

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

Критерии дифференциации лиц по группам здоровья

Группы здоровья

1 группа:

Здоровые лица с отсутствием жалоб, отсутствием хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений в органах и системах и объективных изменений.

2 группа:

Практически здоровые лица с наличием хронических заболеваний в стадии стойкой ремиссии и функциональных изменений, не влияющих на деятельность жизненно важных органов и систем и на трудоспособность.

3 группа:

Лица, страдающие хроническими заболеваниями, находящиеся в стадии компенсации, а также субкомпенсации при наличии ежегодных обострений с временной утратой трудоспособности не более 1 месяца в течение года: лица, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда.

Базовые Тарифы по Программам добровольного медицинского страхования

№ п/п	Наименование программы ДМС	Базовый тариф (%)
1.	«Амбулаторно-поликлиническая помощь»	6,36
2.	«Амбулаторно-поликлиническая помощь» -2	3,20
3.	«Стационарная помощь»	0,16
4.	«Стоматологическая помощь»	3,19
5.	Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование: амбулаторно-поликлиническое обслуживание и реабилитационно-восстановительное лечение»	13,13
6.	Комплексная программа ДМС (базовая поликлиника ООО «Лекарь» (Поликлиника «РНПК»))	0,51
7.	Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование (КЭ)»	0,3
8.	Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование (КЭЛБ)»	0,176
9.	«Экстренная стационарная медицинская помощь»	1,04
10.	Комплексная программа (Амбулаторно-поликлиническая помощь – 2, экстренная стационарная и экстренная стоматологическая помощь)	1,02
11.	Программа «АвтоАнгел»	0,12
12.	Программа «Студент»: Риски 1. амбулаторно- поликлиническая, стационарная и экстренная стационарная медицинская помощь; 2. Медико-транспортные услуги, услуги по репатриации	9,74 0,16
13.	Программа «Первый год без забот» для детей от 0 до 12 месяцев	7,8
	Программа «Расти здоровым малыш» для детей от 1 до 3 лет	7,8
	Программа «Расти большим» для детей от 3 до 7 лет	7,8
	Программа «Школьная пора» для детей от 7 до 12 лет	7,8
	Программа «Здоровое поколение» для детей от 12 до 18 лет	7,8
14.	Программа «Гость - Дети»	3,5
15.	Программа «Гость»	1,5
16.	Программа «Гость+»	2,5
17.	Программа «Гость», с диагностическим обследованием»	3,7

*Страховщик при определении размера страховой премии вправе применять повышающие (1,01 – 10) или понижающие (0,99 – 0,1) коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от возраста Застрахованных лиц, профессии, образа жизни, привычек, наличия вредных условий труда и иных факторов страхового риска, результатов анкетирования на основании заключения экспертов компании.